



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGZ NO. 3 CON MF
SALAMANCA, GTO.

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA Y
VALIDACION DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA
APTITUD CLINICA EN ATENCION FAMILIAR DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR DE GENERO E INFANTIL HGZ NO. 3
SALAMANCA, GTO.

TRABAJO DE INVESTIGACION
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A;

DRA. MARIA SOLEDAD GUZMAN GUTIERREZ



IMSS

MEXICO, D.F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TITULO:

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA APTITUD CLÍNICA EN ATENCIÓN FAMILIAR DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DE GÉNERO E INFANTIL HGZ NO 3 SALAMANCA.

ÍNDICE GENERAL

Título.....	1
Índice general.....	2
Marco teórico (marco de referencia o antecedentes).....	3-7
Planteamiento del problema.....	8
Justificación.....	9
Objetivos.....	10
- General	
- Específicos	
Hipótesis.....	11
Metodología.....	12-14
Resultados.....	15-17
Discusión.....	18-19
Conclusiones.....	20
Referencias bibliográficas.....	21-23
Anexos.....	24-28

Marco Teórico

Violencia intrafamiliar

Las instituciones de salud son un punto de partida para la detección y prevención de daños a la salud que origina la violencia intrafamiliar, en sus unidades de consulta regular, urgencias y hospitalización, se reporta cifras que llegan al 20% de los casos, mayormente hacia las mujeres (72%). (1)

El 70% de las mujeres maltratadas esperan que el personal médico sea quien inicie el diálogo en torno al abuso que viven, expresan que puede facilitarse cuando se les pregunta con empatía, libre de juicios y en un clima de confianza. (1)

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, la violencia intrafamiliar es:

Es toda acción que incluye la violencia física, sexual y psicológica, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio con los que sufren la violencia, habitualmente la mujer y los niños. (2)

En la mujer

Pese a los avances logrados hasta el momento aún prevalece una permisividad social alrededor de la violencia hacia las mujeres e impide que el problema se detecte y atienda de manera oportuna, siendo el principal obstáculo para su prevención y control. Entre los elementos que dificultan la identificación y manejo de casos de violencia en los servicios de salud derivan en una parte por los propios prestadores del servicio, características de sistema de salud y en otra por reacciones de temor, culpa, miedo, vergüenza de las propias víctimas. (1)

Estudios realizados en el sector salud, han demostrado las siguientes situaciones que limitan la atención de la violencia:

- a) Por su desconocimiento generalizado del tema por el personal médico, de sus procedimientos para la identificación, atención y mecanismos de referencia, en especial en los casos de violencia hacia las mujeres.
- b) Por las limitaciones del propio sistema de salud para la atención de víctimas y victimarios
- c) Porque el personal médico lo percibe como un problema la responsabilidad legal.
- d) Las características propias de la práctica médica, centrada en lo biológico-lesional
- e) Finalmente, se ha observado que existen barreras de carácter personal en los profesionales de la salud resaltando: incomodidad para abordar la violencia con sus pacientes, concepciones sexistas que culpabilizan a las mujeres de la violencia que sufren y el temor de los médicos(as) de ofender a sus pacientes al preguntar sobre el tema. **(1)**

En un estudio reciente de **Méndez Hernández** en Morelos, México, se encontró que cerca de 90% del personal médico del IMSS, no tiene instrucción alguna sobre el tema y entre quienes sí recibieron alguna capacitación mayormente la adquirió por iniciativa propia, un pequeño porcentaje lo hizo de manera obligatoria en su formación generalmente en un nivel de postgrado. **(1)**

En el ámbito internacional **Ferris** encontró, que en una muestra nacional canadiense de 963 médicos familiares demandaban más educación y capacitación sobre el problema de la violencia intrafamiliar, por considerar que no tienen los elementos suficientes para poder enfrentarla cuando esta presente en sus pacientes. **(3)**

En el estudio de Morelos **(1)** se encontró que quienes han recibido mayor capacitación pueden identificar una mayor cantidad de signos y síntomas, en comparación de aquellos que no la tienen, los resultados son consistente con lo reportado por **Parsons** y colaboradores quienes encuestaron a médicos ginecobstetras en los Estados Unidos de América (EUA), con el fin de conocer sus métodos y actitudes hacia la identificación de la violencia doméstica entre sus pacientes; el 34% de ellos reportó no tener un método o capacitación suficiente, pero en el estudio se identificó que los médicos con métodos de entrenamiento sobre el tema tuvieron actitudes más positivas para identificar la violencia en sus pacientes. **(4)**

Infantil

El maltrato infantil, en general, es considerado un fenómeno de determinación multicausal, en donde los componentes sociales, culturales, situacionales y relacionales además de los ontogénicos (historia infantil) juegan un papel muy importante. Dentro de este esquema. Se afirma que el abuso sexual es el que mas se apega a explicaciones etiológicas como las señaladas en una unión a un adulto con psicopatología, quedando claro que por si solo el desempleo, el aislamiento social, ni la mala relación conyugal alcanzan a explicar la motivación de la actuación sexual con niños. La dinámica de la interacción ofensor victima se explica en un proceso de confianza, favoritismo, alineación, secreto, en donde se permite la violación primero de los límites personales del niño mediante tres tipos de prácticas la efracción., captación y programación. **(5)**

Aptitud Clínica

En una entrevista al **Dr. García Mangas*** sobre el desarrollo de la aptitud clínica en médicos familiares mencionó como nunca acabada de ahí el énfasis en su desarrollo continuo , siempre hay nuevas cosas que aprender en la medicina y con pacientes, *la aptitud clínica se puede tomar en el sentido de capacidad en la solución de situaciones clínicas problemáticas, o bien entenderse como el estudio ordenado de las diversas manifestaciones de enfermedad con el propósito de precisar un diagnóstico, aplicar un tratamiento, establecer un pronóstico e instituir medidas preventivas y de interconsulta con otros colegas para la atención apropiada de un paciente en particular.*

La importancia de evaluar dicha *“aptitud clínica”* como lo realizó en su trabajo de investigación en médicos familiares fue el permitir medir lo que el médico ha llegado a ser como clínico, en la solución de casos , la influencia del tiempo para afinar dicha habilidad aplicando su criterio personal en : solución , manejo individualizado. Además permitió indagar la reflexión de cómo es la práctica clínica del médico, la autoevaluación y autocrítica, evaluar así va a permitir en el tiempo indicadores pronósticos que faciliten predecir el desempeño de un médico. **(6)**

**Sociedad Iberoamericana de información científica*

Dr. Viniegra-Velázquez la evaluación de la aptitud clínica va a comprender la búsqueda de indicadores teóricos de capacidad clínica en la solución de situaciones clínicas problemáticas incluye poner en juego ciertas capacidades de reflexión, discriminación entre alternativas de elección y decisión, entre opciones donde el médico involucra su propio criterio **(7)**

El desarrollo de la aptitud clínica para afrontar o modificar la situación problematizada parte de una manera diferente de mirar a los pacientes, en la que médicos partan de su experiencia clínica, recurran a la búsqueda de información para posteriormente intervenir en la solución, es otra forma de mirar la educación médica con la propuesta participativa de la educación, de acuerdo a esta preciso que los alumnos elaboren su propio conocimiento para que desarrollen su aptitud clínica.**(8)**

La estrategia promotora de la participación, a diferencia de la estrategia tradicional, toma como punto de partida en el proceso educativo las experiencias vitales del educando, donde una actitud cuestionadora es estimulada mediante el debate y confrontación de puntos de vista; los contenidos prioritarios para el curso son los que tienen mayor sentido para las experiencias profesionales de los alumnos; el profesor favorece un ambiente de reflexión con el propósito de que el alumno (médico familiar) integre la teoría y la práctica, lo que redundará en resultados satisfactorios en el proceso educativo.

En esta propuesta y para detonar la reflexión y discusión del caso clínico, el profesor elabora una serie de guías que conducen el trabajo del alumno, tanto fuera como dentro del aula, generalmente son de dos tipos: generales y específicas.

Las guías específicas están constituidas por enunciados que derivan de algún caso clínico seleccionado, con opciones de respuesta falsas, verdaderas y no sé. A partir de su experiencia clínica y con la revisión de la literatura sugerida, el alumno selecciona una opción de respuesta y la argumenta, posteriormente la confronta con las respuestas de los integrantes del grupo.

Las guías generales se conforman de preguntas abiertas relacionadas con el caso clínico; el alumno elabora sus respuestas a partir de su experiencia y la revisión de la misma literatura sugerida. **(9)**

Aptitud clínica en violencia intrafamiliar, como:

"El conjunto de capacidades complejas desarrolladas por el médico familiar para reconocer factores de riesgo, indicadores clínicos, descripción del fenómeno, integración diagnóstica, procedimientos apropiados, y factores pronósticos en el entorno de violencia intrafamiliar". (8,10)

Respecto a la evaluación de la aptitud clínica, se elige la propuesta de Viniegra y colaboradores (11), quienes han desarrollado instrumentos para explorar capacidades complejas resultantes de la integración práctica-teoría-práctica, a través de la problematización de casos clínicos reales que para su resolución requieren análisis, síntesis y crítica. La validación de un instrumento puede ser inicialmente en un grupo natural considerado como grupo piloto, dado que lo relevante está en la construcción, contenido y consistencia interna puede ser suficiente grupos pequeños que incluso son los más adecuados para trabajar la estrategia promotora de la participación.(11)

Validación de un cuestionario.

Para que un cuestionario sea válido en lo que pretenda medir, debe cumplir con la validez que implica congruencia en la manera de plantear las preguntas. Una pregunta es válida si estimula información exacta y relevante, la selección y la redacción influyen en la validez de la pregunta, algunas preguntas que son válidas para un grupo de personas, pueden no serlo para otro grupo y entre menos tenga que reflexionar el sujeto, más válida será la respuesta. La validez puede ser de: contenido, criterio, constructo.

Para decir que un instrumento tiene **validez de contenido** el diseñador del cuestionario debe asegurarse que la medición representa el concepto medido. Por ejemplo, si el instrumento es para medir actitudes de las personas, debe medir eso y no sus emociones.

En cuanto a **la validez de criterio**, el diseñador del cuestionario la puede establecer comparando la medición del instrumento con un criterio externo. Entre más se relacionen los resultados de la investigación con el criterio, mayor será la validez del instrumento.

La **validez del constructo** indica cómo una medición se relaciona con otras de acuerdo con la teoría o hipótesis que concierne a los conceptos que se están midiendo. De ahí que sea importante que el investigador tome en cuenta dichos conceptos para correlacionarlos posteriormente. (12)

Planteamiento del problema

En estudios realizados en países de América Latina (Chile, Colombia, Costa Rica, Nicaragua y México) las cifras de prevalencia de violencia doméstica oscilan entre el 30 al 60 %. Recientes publicaciones de estudios realizados en el Reino Unido y en Irlanda, por médicos familiares, reportan prevalencias entre el 41% y el 39 % de casos de violencia física contra mujeres y se estima que las cifras son aun más altas para la violencia psicológica. En algunos países con bajo nivel de desarrollo y en otros en los que la discriminación de la mujer y las conductas objetivamente mal tratantes son aceptadas culturalmente, se reportan índices más altos de maltrato. **(1-5)**

El personal médico rara vez sospecha violencia en sus pacientes, porque en la mayoría de casos no les hacen preguntas sobre el tema, sólo sospechan en aquellos casos que son muy obvios cuando acuden por lesiones producidas por violencia física, sin embargo es difícil conceptualizar el término violencia intrafamiliar cuando se trata de violencia psicológica, social e incluso sexual porque en general, el medico aún no ha desarrollado la aptitud para reconocer las señales más sutiles de este fenómeno que le permitan realizar labores encaminadas a diagnosticar y manejar este complejo problema. **(1)**

La violencia Intrafamiliar es un problema preocupante por el impacto desfavorable que produce sobre la calidad de vida de la salud de las personas y las familias, es uno de los determinantes de la salud y actúa en cada integrante pero también en la estructura del sistema familiar, se perpetúa porque su atención es ha sido reduccionista, orientado en todo caso a lo lesional y orgánico , se atiende enfocado a lo biológico y no en lo familiar donde se encuentran inmersos los condicionantes del fenómeno , con en este modelo médico tradicional se ha alejado del principio de la atención integral familiar , tampoco ha visto por superar esa falta del conocimiento sobre este padecer y esto lleva a preguntarse ***¿Hasta que grado el médico de familia tiene aptitud clínica en este problema de salud?*** , para responderla, es necesario evaluar la aptitud clínica del médico familiar, mediante casos clínicos problematizados, que versen sobre la violencia en sus diferentes tipos y usar un cuestionario confiable, motivo del presente trabajo. **(1-5)**

Justificación

Actualmente se enfatiza la necesidad de desarrollar la aptitud clínica en médicos familiares en la atención de la violencia intrafamiliar infantil y de género, implica habilidades de reflexión, donde utilice el propio criterio.

En general, se desconoce que grado de aptitud clínica tienen los médicos acerca de la violencia intrafamiliar, problema de salud según lo estimado esta presente en el 40% de los hogares Mexicanos. Esto no significa que pueda ser abatida, una posibilidad es desarrollar la aptitud clínica con procesos educativos, sean *tradicionales* o *participativos*, sin embargo para ambos la evaluación del aprendizaje resulta difícil, porque para que pueda cumplir adecuadamente su papel en el proceso educativo, se deben desarrollar instrumentos con rigor por ejemplo casos o situaciones problematizadas de violencia intrafamiliar que midan lo que pretenden, los instrumentos de aptitud clínica del tipo verdadero, falso, no sé, son trascendentes porque potencialmente permiten explorar con mayor profundidad la aptitud, ya que el médico necesita recurrir a su experiencia para decidir sus respuestas, enjuiciando y proponiendo alternativas, además con dichos instrumentos se alcanza mayor índice de discriminación y se disminuyen las respuestas al azar, son susceptibles de aplicar. Mediante *la investigación metodológica* variante de la investigación se desarrollan instrumentos que miden con precisión estos problemas complejos y dan la posibilidad de responder la pregunta planteada, además de ser aplicable en los diversos cursos educativos sobre el tema. (7-15, 17-19)

Objetivo general:

Diseñar y validar un instrumento que se aproxime a evaluar la aptitud clínica en la atención familiar del problema de violencia intrafamiliar de género e infantil, posterior a un programa educativo con una estrategia promotora de la participación.

Hipótesis conceptual

Una estrategia promotora de la participación incrementa la aptitud clínica en los casos de violencia intrafamiliar de género e infantil en los médicos familiares

El propósito:

El presente trabajo es contribuir a la serie de instrumentos que permiten evaluar la aptitud clínica y que se han desarrollado para diversas situaciones en los campos del quehacer médico familiar **(15, 19-22)**,

Material y métodos

Diseño: Estudio de validación transversal expofacto, evaluar el aprendizaje de médicos familiares asistentes al curso de violencia intrafamiliar infantil y de genero.

Muestra: Grupo natural médicos familiares

Lugar. HGZ no 3 Medicina Familiar.

Operacionalizacion de las variables

Aptitud clínica. Para este trabajo se considera como grado que va desde muy bajo ha muy alto de capacidad por indicadores, global y determinado por la calificación obtenida en el instrumento validado.

Variable de intervención: La estrategia promotora de la participación, que toma como punto de partida en el proceso educativo las experiencias vitales del educando, donde una actitud cuestionadora es estimulada mediante el debate y la confrontación de puntos de vista

Procedimiento de construcción y validación del instrumento

Variable dependiente aptitud clínica:

Conjunto de capacidades complejas desarrolladas por el médico familiar para reconocer factores en el entorno de violencia intrafamiliar” Se manifiesta por los siguientes indicadores. **(8,10)**

Reconocimiento de factores de riesgo Habilidad para reconocer la existencia demostrada de antecedentes o datos actuales en el agresor que hacen más probable la violencia intrafamiliar.

Palabra clave: **Factor de riesgo**

Reconocimiento de indicadores clínicos Presencia en el caso de un dato clínico que forma parte y base importante de maltrato físico, psicológico o sexual .Palabra clave: **A favor**

Reconocimiento de datos familiares En la situación clínica descrita, que obedecen a la estructura, comunicación familiar y dinámica de la familia en el caso presentado. Palabra clave

Caracterizan

Reconocimiento de intervenciones familiares Hace referencia a la intervención del médico familiar con medidas que representan claramente un potencial beneficio en la situación clínica descrita. Palabra clave **Apropiada**

Reconocimiento de crítica al colega existencia demostrada de una intervención médica en la víctima o en la familia en el caso clínico que hace más probable que se agrave. Palabra clave **Inapropiada**

El instrumento consta de dos casos reales con diagnóstico de violencia intrafamiliar cuyos expedientes se obtuvieron de la consulta de Medicina Familiar en el IMSS No. 3 Salamanca Gto, determinando que cubrían los requisitos para explorar con los indicadores propuestos (5)

Para el diseño del actual instrumento se toma en cuenta la modalidad activo participativo de la educación, que permita al alumno desarrollar capacidades complejas a través de la reflexión crítica y su experiencia.

La elaboración del presente instrumento se plantea considerando los artículos revisados sobre las ventajas para la autocrítica y reflexión de los instrumentos de aptitud clínica que utilizan como respuestas: falso, verdadero y No sé y el uso de palabras claves, para el diseño del actual instrumento se toma en cuenta la modalidad activo participativo de la educación, que permita al alumno desarrollar capacidades complejas a través de la reflexión crítica y su experiencia (7, 15, 19)

La versión inicial del instrumento contó con 190 reactivos , con respuestas de tipo falso(F) , verdadero (V), no se (NE) , de casos clínicos de violencia intrafamiliar .

Para determinar la validez de contenido y criterio y constructo el instrumento fue sometido al proceder de clínicos con experiencia en la solución del caso en particular, se llevó a cabo dos rondas de opinión de tres expertos médicos familiares y con experiencia docente y un terapeuta familiar, de forma libre opinaron entre ellos en cuanto a la pertinencia, representatividad, adecuación de los resúmenes y en la búsqueda de respuestas correctas.

Después de la validación de contenido quedaron 106 reactivos con los indicadores en una distribución de la siguiente manera: ***Reconocimiento de factores de riesgo (24), Reconocimiento de indicadores clínicos (22), Reconocimiento de datos familiares (22), Reconocimiento de intervenciones familiar (18), Reconocimiento de crítica al colega (20).***

Se aplicó una prueba piloto a médicos familiares para el ajuste de la claridad de los enunciados

Se calificó el instrumento restando los **errores** a los **aciertos** y las respuestas **no se** fueron anuladas, se consideraron 5 categorías en la calificación de la aptitud clínica en la atención al fenómeno de la violencia como: muy alta, alta, regular, baja, muy baja y el azar

Análisis estadístico

Se utilizó la prueba estadística para estimar la confiabilidad de **Kuder Richardson**; y se calcularon las respuestas explicadas por azar se utilizará la fórmula de **Pérez Padilla y Viniegra**.

En el antes y el después del curso de violencia se consideró pertinente el uso de la comparación de resultados con la **prueba de Wilcoxon**.

Resultados:

La validez de contenido se realizó por medio de dos rondas de médicos familiares y un terapeuta familiar, se presentaron dos casos clínicos reales uno que versa sobre violencia de género como perpetrador el esposo y otro que versa sobre violencia infantil por dos perpetradores madre y abuelo el instrumento inicial contaba con 190 reactivos, después de la primera ronda fueron eliminados 42 reactivos por ser confusos con doble sentido de los cuales 8 no eran pertinentes al tema, en la segunda ronda bajo consenso quedaron 106 reactivos que versan sobre la violencia, la distribución de los enunciados fue balanceada a 53 reactivos con respuesta verdadera y 53 reactivos con respuesta falsa, el número de ítems por indicador fue de la siguiente manera: **24 para reconocimiento de factores de riesgo, 22 para reconocimiento de indicadores clínicos, 22 para reconocimiento de datos familiares, 18 de reconocimiento de intervenciones familiar apropiadas y 20 para reconocimiento de crítica al colega.**

Se aplicó una prueba piloto a un grupo natural de cinco médicos familiares para determinar la consistencia de **Kuder Richardson** la cual resultó de 0.91, las respuestas calculadas para la explicación del azar fue calculada por medio de la fórmula de **Pérez Padilla Viniestra**, el punto de corte de 18 o menos, en base a esto a fin de evaluar la aptitud clínica se clasificaron en 6 categorías: No acreditado o al azar 18 o menos, Muy Baja 19 a 37, Baja 38 a 56, Media 57 a 75, Alta 76 a 94, Muy Alta 95 a 106.

Los resultados en la evaluación inicial tres médicos presentaron calificación muy Baja y dos Baja **Tabla 1**. En relación a los indicadores de la aptitud tuvieron mayores calificaciones en los indicadores clínicos que en cualquier otro indicador **tabla 2**, después del curso, un médico permaneció en aptitud Baja, mientras cuatro médicos llegaron a la aptitud media **tabla 1**, todos los indicadores subieron y fue mayor en los indicadores familiares **Tabla 2**. Se presentó una ganancia en número de ítems en todos los alumnos del curso **grafico 1**.

Tabla 1. Comparación de medianas en la aptitud clínica en violencia intrafamiliar Genero e infantil en el HGZ no 3 . Antes y después de la estrategia educativa Octubre 2006

I	Número de respuestas correctas		P
	Antes	Después	
Alumno 1	26	44	0.005*
Alumno 2	42	66	
Alumno 3	31	72	
Alumno 4	22	58	
Alumno 5	42	69	

Prueba Wilconxon significativa p <0.05

Fuente instrumento de evaluación

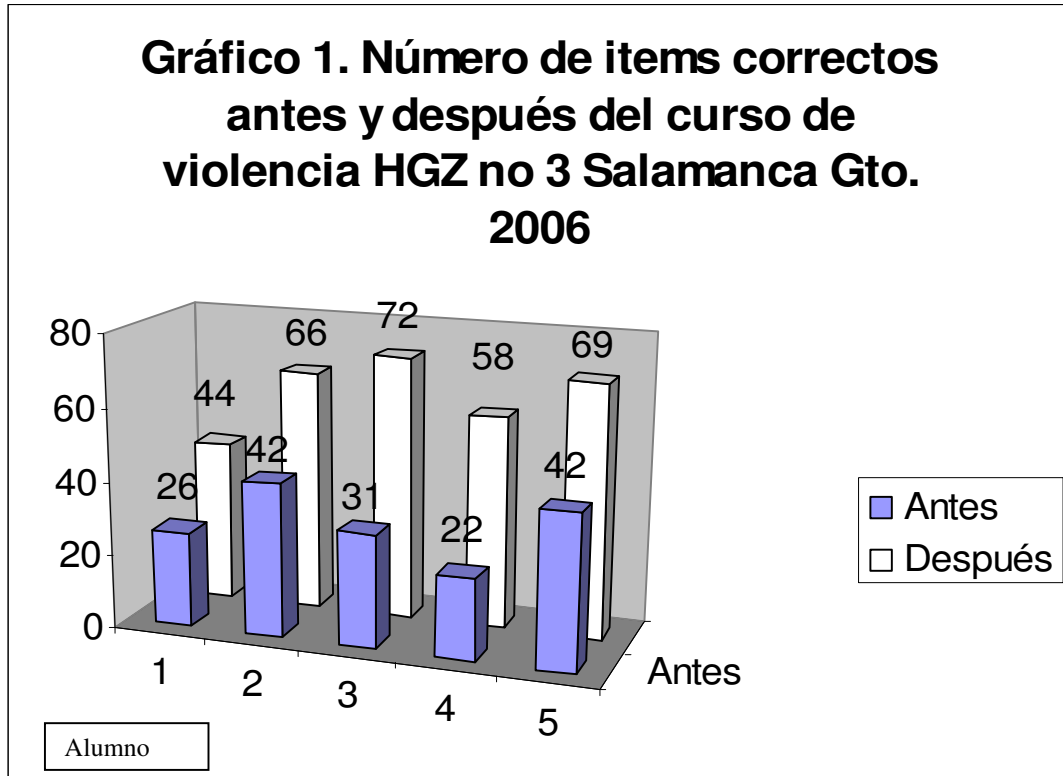
Tabla 2. . Comparación de medianas en la aptitud clínica en violencia intrafamiliar Genero e infantil en el HGZ no 3. Por indicador antes y después de la estrategia educativa Octubre 2006

Indicador global	Enunciados	Número respuestas correctas		P
	n= 106	Antes n=44	Después =73	
Reconocimiento de factores de riesgo	24	10	16	0.005*
Reconocimiento de indicadores clínicos	22	9	17	
Reconocimiento de datos familiares	22	8	15	
Reconocimiento de intervenciones familiar apropiadas	18	9	12	
Reconocimiento de critica al colega.	20	8	13	

Prueba Wilconxon significativa p <0.05

Fuente instrumento de evaluación

Gráfico 1. Número de items correctos antes y después del curso de violencia HGZ no 3 Salamanca Gto. 2006



Discusión:

Esta investigación representa en Salamanca una aproximación al desarrollo de la aptitud clínica mediante una estrategia promotora de la participación y su evaluación través de un instrumento validado orientado a la reflexión, experiencia y crítica mediante casos clínicos problematizados.

El instrumento tuvo una consistencia de 0.91 con la prueba de **Kuder-Richardson**, que de acuerdo a lo referido en la bibliografía se le considera alto **Anastasi (20)**.

Algunos estudios referidos en la literatura **(6,15)** han encontrado un creciente deterioro de las habilidades clínicas en la práctica clínica rutinaria, que han conducido a graves limitaciones en el desarrollo de una aptitud clínica refinada, en el presente estudio pudo observarse que la aptitud clínica en el manejo de la violencia intrafamiliar fue de muy baja a baja en la evaluación previa a una estrategia educativa y esto concuerda con lo encontrado en otros estudios en médicos residentes, internos e incluso titulados (**García Mangas, Hernández**). Estos resultados puede explicarse de dos formas: una por la falta de capacitación en tema de la violencia como problema de salud pública, estudios de **Ferris y Parson**, encontraron falta de capacitación en médicos Canadienses y Norteamericanos, lo mismo encontró **Méndez y Colaboradores** cuando indago sobre el conocimiento y actitud del personal médicos en el estado de Morelos. La otra forma de explicar los resultados en el estudio es de acuerdo a la teoría muy sustentada por el **Dr. Viniegra** quien ha incursionado en el estudio de la educación que impera en nuestro país, considerándola como reduccionista, pasiva, acritica y tradicional, muy lejana a promover una participación del alumno respecto a la elaboración de su propio conocimiento (autónomo), lo que promueve con ella es la actitud acritica, pasiva y receptiva del educando en relación con el conocimiento (heterónimo); esto sería un argumento fuerte que de alguna forma explicaría las bajas puntuaciones observadas cuando los alumnos se enfrentaron ante un instrumento de evaluación, que solicita algo más que la memoria (recuerdo de información) y que exige hacer usos de su propio criterio (experiencia) ante situaciones clínicas reales problematizadas las calificaciones dejan mucho que desear como lo encontrado en este estudio.

La estrategia educativa que uso de la participación y critica de la experiencia en los alumnos pudo reflejar sus efectos cuando los alumnos fueron nuevamente sometidos al mismo instrumento de evaluación , pudo demostrarse una ganancia significativa de la aptitud clínica después del curso de violencia intrafamiliar , tanto en la calificación global como por los indicadores , los estudios previos **Rivera Campos** , sobre el efecto de estrategias participativas en la aptitud clínica han demostrado cierta ganancia en el desarrollo de la aptitud, en el presente estudio puede observarse que los médicos presentaron un incremento de la mediana en forma global y de las medianas por indicadores , lo cual concuerda con lo referido por otros autores , en este estudio llama la atención que la ganancia llevo a cuatro de cinco médicos a una aptitud media en el reconocimiento de indicadores , En el análisis global entre indicadores también se encontraron diferencias en todos los indicadores, sin embargo el **reconocimiento de indicadores clínicos** del evento presentó una mayor ganancia y esto es importante en el abordaje de la violencia por que es el inicio de su abordaje y que en general los médicos de primer nivel deben tener , otro de los hallazgos importantes fue el incremento significativo de los **indicadores de critica al colega** , esto hace reflexionar sobre el desarrollo de la autocritica en la posibilidad de la iatrogenia ,esta puntuación fue relativamente mas alta a lo publicado por otros autores **Rivera Campos** , **Betancourt**

Los resultados encontrados en el estudio pueden mirarse como un indicador indirecto de las condiciones de la forma de otorgar la docencia, así como del ambiente educativo donde prevalece una concepción de estrategias diferente del desarrollo de la crítica evitando experiencia que hacen que las actividades clínicas rígidas y acríticas.

Conclusiones.

Se diseñó y validó un instrumento para evaluar la aptitud clínica del médico familiar para la atención de la violencia intrafamiliar de género e infantil, con un índice de consistencia interna de 0.91, en este trabajo se observó una mejoría en las respuestas correctas después de una estrategia educativa promotora de la participación, aun así en el estudio, predominó la aptitud clínica baja y muy baja, es posible considerar la posibilidad de mayor desarrollo de la aptitud con estrategias educativas participativas de mayor duración, hipótesis a considerar en investigaciones futuras.

Bibliografía

1. Méndez-Hernández, Pablo, Valdez-Santiago Rosario, Viniegra-Velázquez, Leonardo et al. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud pública Méx, nov./dic. 2003, vol.45, no.6, p.473-482. ISSN 0036-3634
2. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-190-SSA1-1999
3. Ferris L. Canadian family physician's and general practitioners perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. Med Care 1994;32(12):1163-1172
4. Parsons LH, Zaccaro D, Wells B, Stoval TG. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. Am J Obstet Gynecol, 1995;173(2):381-387.
5. Sanz D. Molina A. Capítulo I Abuso sexual infantil. Definiendo el problema En: Violencia y abuso en la familia. Pág. 29-57. Editorial LUMEN /HVMANITAS. Argentina 1999.
6. García Mangas . La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica" Rev. Méd. IMSS 2004; 42 (4):309-320
7. Viniegra-Velázquez L, Campuzano RR, Díaz MFJ, Verduzco RL. En busca de indicadores teóricos de capacidad clínica. Rev. Invest Clin 1982; 34:183-185.
8. García-Mangas JA, Viniegra-Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. Rev. Med IMSS 2003; 41(6):487-494.
9. Trujillo-Galván FD, González-Cobos R, Murguía Miranda C. Competencia clínica en diabetes mellitus. Rev. Med IMSS 2002; 40:467-472.
10. Pérez-Padilla, Viniegra-Velázquez L. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen del tipo falso, verdadero, no sé. Rev Invest Clin 1989; 41:375-379.
11. Viniegra L. Hacia otra concepción del currículo. México: IMSS; 1999. p. 13-60.

12. Hernández Sampieri, Roberto y otros. 1998. Metodología de la investigación. McGraw Hill. Interamericana de México. DF. México
13. Viniestra L, Jiménez J, Pérez R. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev. Invest Clin 1991;45:87-95
14. Viniestra L, Jiménez J. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. Rev. Invest Clin 1992; 44:269-275.
15. Hernández-Pérez Francisco, Donají Catalina Ramírez-Bautista Alda, Medina-Figueroa María. Desarrollo de la aptitud clínica en internos de pregrado, para la atención de urgencias médicas . Rev. Med IMSS 2006;
16. Síndrome de la mujer maltratada en un hospital de tercer nivel. Gac Méd Méx, mar./abr. 2002, vol.138, no.2. ISSN 0016-3813.
17. Viniestra-Velázquez L, Jiménez-Ramírez JL, Pérez- Padilla JR. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. Rev. Invest Clin 1991; 43:87-95.
18. Polit D, Hungler B. Investigación metodológica. En: Investigación científica en ciencias de la salud. Capítulo 11 páginas 222-3. Cuarta edición. Editorial interamericana México 1991
19. Viniestra-Velázquez L. Algunas consideraciones comparativas entre los exámenes de opción múltiple tipo "una de cinco" y falso/verdadero/no sé. Rev. Invest Clin 1979;31: 413-420.
20. Anastasi A, Urbina S. Confiabilidad. Validez: conceptos básicos. Validez: medición e interpretación. En: Tests psicológicos. México: Prentice Hall; 1998, p. 84-171
21. Mortera Sánchez Luisa Isabel, Barrera Monit Juventino, Benavides Caballero Teresa, Insfrán Sánchez Myriam .Comparación de dos estrategias educativas en relación con la insuficiencia renal crónica Med int. Mex 2007;23:19-25
22. Rivera-Campos, José Manuel, Leyva-González Félix Arturo, Leyva-Salas César Arturo Leyva-González FA, et al. Desarrollo de la aptitud clínica de médicos internos de pregrado en anemias carenciales mediante una estrategia educativa promotora de la participación

Estrategia educativa para desarrollar la aptitud clínica. Rev Invest Clin 2005; 57 (6): Revista de Investigación Clínica

23. Betancourt-Fuentes Carmen Eugenia, Medina-Figueroa Alda María .Aptitud clínica en el cuidado enfermero ante el neonato grave: intervención de una estrategia educativa Rev Enferm Inst. Mex Seguro Soc. 2007; 15 (2): 79-83

ANEXO INSTRUMENTO

Evaluación del curso de Violencia Intrafamiliar

Nombre.

Grado

Ciclo

Sede

género

edad

Estado civil

Instrucciones generales.

Lea con detenimiento el caso completo, así como las preguntas incluidas. Posteriormente lea el cada parte del caso y conteste a cada una de las preguntas con base a las siguientes opciones, cada cuestionamiento debe contestarse independientemente en cualquiera de las tres opciones siguientes: V verdadero, F falso, N no sé, es muy importante que no deje ninguna de contestar porque: una respuestas correcta le cuenta como un punto, una respuestas incorrecta le resta un punto, una respuesta no se no le afecta a la contabilidad, una respuesta sin responder le resta un punto.

Las palabras que se emplean en el cuestionario se enuncian bajo un significado establecido de la siguiente manera

Indicador de Riesgo existencia demostrada de antecedentes o datos actuales en el agresor sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable su aparición. Palabra clave: **Factor de riesgo**

Indicador clínico Presencia en el caso de un dato clínico que forma parte y base importante de maltrato físico, psicológico o sexual .Palabra clave: **A favor**

Indicador familiar Elementos en la situación clínica descrita, que obedecen a la estructura, comunicación familiar y dinámica de la familia en el caso presentado. Palabra clave **Caracterizan**

Indicador de manejo Hace referencia a la intervención del médico familiar con medidas que representan claramente un potencial beneficio en la situación clínica descrita. Palabra clave **Apropiada**

Indicador de critica al colega existencia demostrada de una intervención médica en la victima o en el caso clínico que hace más probable que se agrave antecedentes o condiciones actuales del paciente o familia que sin formar parte de un padecimiento, hacen más probable que éste se agrave. Palabra clave **Inapropiado**

CASO 1

Familia de cinco miembros; padres, dos hijos y abuela paterna, con las características siguientes: profesional y tradicional. Residentes en la ciudad de México.

Motivo de consulta: Cefalea frecuente, dolor epigástrico además de leucorrea blanquecina.

Tablas Integrantes de familia

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Lugar de origen	Religión
Pedro	34 años	Padre	Profesional	Arquitecto	Casado	León Gto.	Católica
Maria	28 años	Madre	Profesional Educadora	Ama de casa	Casada	México DF	Católica
Pablo	10 años	Hijo	5° primaria	Estudiante	Soltero	México DF	Católica
Juan	6 años	Hijo	1° primaria	Estudiante	Soltero	México DF	Católica
Martha	60 años	Abuela Paterna	Nula	Hogar	Viuda	León. Gto	Católica

Historia de la familia

Etapas constitutiva Maria y Pedro fueron presentados por una amiga de ambos, al poco tiempo de conocerse inician un noviazgo que duro 6 meses, para Maria la relación con Pedro no era formal

mientras que para él tenía la noción de que María le pertenecía motivo por el cual se robó y posteriormente se casaron.

Etapa procreativa .Durante esta etapa la pareja vive con la familia de origen de Maria, ante la negativa de Pedro para que ella trabaje sus padres los apoyan económicamente hasta que Pedro encuentra trabajo. Maria se embaraza a los 6 meses de matrimonio, inicio su control prenatal en su UMF de forma regular en su inicio presentó náusea y polaquiuria. Pedro empezó a beber una vez por semana con sus amigos y llega tarde a casa, Pedro se refugia con su madre Martha , a partir del séptimo mes de gestación María acude más frecuentemente a consulta la última vez con dolor obstétrico, cefalea opresiva de moderada intensidad , edema de tobillo +, e hiporexia, el embarazo llegó a termino por parto eutócico, producto único masculino al que le dieron el nombre de Pablo, a los 4 años del matrimonio tuvieron otro hijo Juan en el segundo embarazo no fue planeado ahora tienen 10 años de casados, pero su ajuste sexual no es satisfactorio , presenta dispareunia , vive con ellos con Martha la suegra de María.

Son **factores de riesgo** para la violencia intrafamiliar en este caso

- | | |
|--|------|
| 1. El tipo de familia | ___F |
| 2. La etapa procreativa de la familia | ___V |
| 3. La pertenencia de Pedro | ___V |
| 4. El tiempo esperado por Pedro para el matrimonio | ___F |
| 5. La profesión de de Pedro | ___F |
| 6. El comportamiento de Pedro con sus amigos | ___V |
| 7. La presencia de una coalición | ___V |
| 8. La frecuencia del control prenatal | ___F |
| 9. El rol de Martha | ___V |
| 10. La conformación de familia | ___F |
| 11. La forma de beber de Pedro | ___V |
| 12. La convivencia con la suegra | ___F |

Son datos **a favor** de maltrato en este caso

- | | |
|------------------------|------|
| 13. El tipo de cefalea | ___V |
| 14. La dispareunia | ___V |
| 15. El edema | ___F |
| 16. La polaquiuria | ___F |

Etapa actual En los dos últimos años menciona Maria que la comunicación en el subsistema conyugal ha sido difícil, comenta que últimamente no ha encontrado un significado a las experiencias que vive , le es difícil comentarla, sufre de palpitations, fatiga y náuseas , Martha no muestra interés por lo que le sucede, ella se queja de artralgias ,ambas no se han adaptado convivir , María comenta que Pedro tiene el carácter “fuerte” , el solo manda , por lo que surgen conflictos ella no reclama ,Pedro prefiere hablar de los problemas con su madre , el sufre de hipertensión arterial .La relación de María con sus hijos es satisfactoria pero le es difícil ayudarles con la tarea . Pablo es llevado a consulta por que sufre pesadillas también de irritación ocular. Juan se ha quejado de dolor muscular y huesos En el terreno sexual María ha tenido dificultad para la concentración, ocasionalmente ha presentado desorientación de lugar ha estado tomando clonazepam 1mg por las noches.

Son datos **a favor** de maltrato en este caso

- | | |
|-----------------------------------|------|
| 17. Las palpitations | ___V |
| 18. Las pesadillas de Pablo | ___V |
| 19. Los síntomas de Juan | ___F |
| 20. La desorientación en María | ___V |
| 21. La irritación ocular de Pablo | ___F |
| 22. La hipertensión en Pedro | ___F |
| 23. Las artralgias en Martha | ___F |
| 24. La fatiga en María | ___V |

Son datos en el caso que **caracterizan** a la familia

- | | |
|----------------------|------|
| 25. La triangulación | ___F |
| 26. La coalición | ___F |

27. Los límites difusos de la familia de María V
28. El rol ejercido de Martha V
29. La individualidad entre sus integrantes F
30. La relación complementaria V
31. La comunicación metacomplementaria V
32. La jerarquía biparental F
33. Lo analógico V
34. La relación simétrica F
35. Relaciones amalgamadas V
36. Las triadas patológicas F
- Es una intervención familiar **apropiada** en el caso
37. Sugerir que María acepte que Pedro es carácter F
38. Asegurar un lugar para hablar del caso V
39. Darle cita a María para hablar de su caso F
40. Indicar paracetamol 500 mg cada 8 hrs a María V
41. Hablar acerca de lo que ha sucedido V
42. Indicar propranolol 40 mg al día F
43. Pedirle a María que olvide que ha sucedido en otro conflicto F
44. Como médico mostrarse preocupado V
45. Como médico intervenir en el silencio del paciente F
46. Hablar sobre lo indecible V
- Es intervención **inapropiada** del colega para este caso
47. Explicarle que esto es común en familia V
48. Como médico comentar con Pedro lo María V
49. Dar un abrazo tranquilizante a María F
50. Solicitarle a María vuelva a relatar lo que le sucede F
51. Evitar el lamento de María V
52. Sentarse con el paciente F
53. Acentuar fronteras F
54. Connotación negativa V

CASO 2

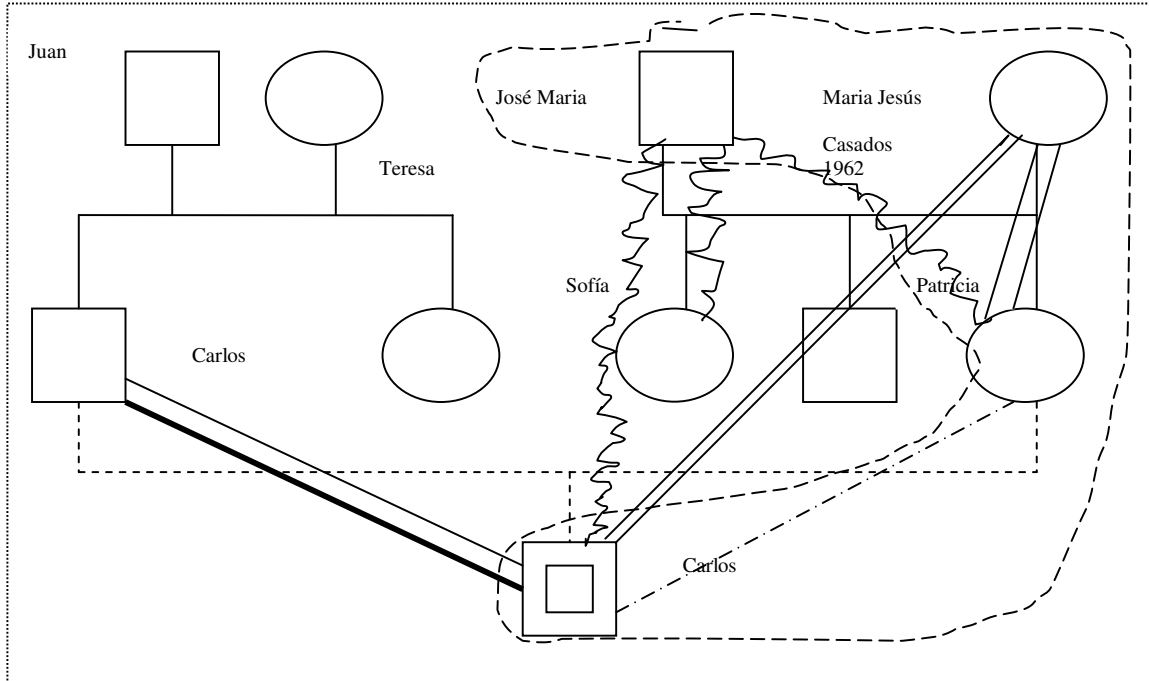
Acuden Patricia con su hijo Carlos de 7 años de edad, Patricia fue madre soltera a los 17 años, muy dedicada al trabajo, vive con sus padres, no ha tenido otra pareja, José María jubilado como velador, muy callado, con poca tolerancia a estar desocupado, sufre de hipertensión y Ma. De Jesús dedicada al hogar, ambos le ayudan con el cuidado y educación de Carlos porque ella trabaja y no tiene tiempo para cuidarlo, El abuelo no permite tenga amistades dice que es irresponsable, lo recrimina constantemente porque dice mentiras viven en una comunidad rural, el motivo de consulta es porque Carlos, esta agotado, no come, se suele dormir en el aula, tiene buenas calificaciones, además a manifestado conducta sexual explícita, tiene pocos amigos en la escuela, le pregunta al médico que quiere crecer lo más rápido posible tiene dolores musculares frecuentes sin causa aparente los cura su abuelita con remedios, no se ha aplicado el toxoide tánico, la madre lo regaña en el consultorio porque es muy "enojón" a la exploración física el niño se encuentra sucio, maloliente, receloso. EF talla 1.22 m, 34 Kg., viste ropa de mezclilla rota a decir de la madre por gusto propio del niño presenta cicatrices lineales en la manos y manchas amarillo verdosas en la espalda, su comportamiento es reservado y temeroso, no tiene otros datos relevantes en la EF. Patricia la madre, no parece preocuparse realmente por la situación del su hijo, menciona que falta a las reuniones de padres de familia porque siempre está fuera de casa, Ma de Jesús es quien asiste.

Tabla 2. Integrantes de familia

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil	Lugar de origen	Religión
Patricia	24 años	Madre	Primero de preparatoria	Empleada de autoservicio Turno fijo	Casada	Salamanca Gto.	Católica
Carlos	7 años	Hijo	2° primaria	Estudiante	Soltero	México DF	Católica

José María	66 años	Abuelo materno	Nula	Pensionado	Casado	Abasolo Gto.	Católica
Ma. Jesús	60 años	Abuela materna	Nula	Hogar	Casado	Valle Santiago Gto	Católica

Genograma Familiar



En este caso son **factores de riesgo**

- 55. La edad de José María V
- 56. Los años de matrimonio F
- 57. La jerarquía V
- 58. Ser madre soltera V
- 59. Ansiedad de Patricia V
- 60. El rol de María de Jesús F
- 61. Que trabaje Patricia F
- 62. Ser hipertenso F
- 63. La jubilación V
- 64. La ausencia de Pareja V
- 65. El tipo de trabajo de José María F
- 66. Que acuda a la escuela F

Son datos **a favor** de maltrato en este caso

- 67. La personalidad de Carlos V
- 68. La talla F
- 69. El deseo de crecer V
- 70. El índice de masa corporal F
- 71. El comportamiento de Carlos V
- 72. Los remedios de la abuela F
- 73. Las cicatrices V

74. Las mentiras F
 75. La conducta explícita V
 76. Tiene buenas calificaciones F

Son datos que **caracterizan** en la familia

77. Las alianzas F
 78. La efracción V
 79. La meta comunicación V
 80. Las relaciones simétricas F
 81. Doble vínculo F
 82. Un solo rol parental V
 83. Las relaciones fusionadas F
 84. La intrusión V
 85. Las indulgencias F
 86. La manipulación V

Son intervención familiar **apropiada** en el caso

87. Cambiar al niño a una familia sustituta V
 88. Aplicar un mapa Familiar V
 89. Aplicar una escala de Holmes F
 90. Permitir que el padre de Carlos ejerza su autoridad V
 91. Una intervención judicial F
 92. Validar un testimonio infantil V
 93. Avalarla Jerarquía de igualdad en la familia F
 94. Revelar el abuso a la familia F

Es una intervención **inapropiada** del colega en el caso

95. Indicar paracetamol 250mgs para el dolor F
 96. Iniciar un estudio de déficit de atención V
 97. Darle hormona de crecimiento V
 98. No enviarlo a dietología F
 99. Enviarlo con su padre F
 100. Validar la conducta de Carlos V
 101. Indicar nueva interacción conyugal V
 102. Indicar ansiolítico a Carlos V
 103. Validar el relato de Jose Maria V
 104. Citar a Carlos con su Madre F
 105. Citar a Carlos con su abuela F
 106. Validar lo que dice Carlos F