

Contribuciones preliminares y propuesta para una reflexión sobre el seminario de atención médica I, II y III

Preliminary Contributions and Proposal for a Reflection about the Medical Care Seminar I, II and III

Arnulfo E. Irigoyen Coria,* Berenice Antunez Cruz, ** Anel Jiménez Siles.**

** Profesor de la Subdivisión de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

**Médico Residente de segundo año de la especialidad en medicina familiar. Unidad de Medicina Familiar No. 21 de la Ciudad de México. Instituto Mexicano del Seguro Social.

*A la insigne Doctora Georgina Farfán Salazar,
Maestra ejemplar, profesora de centenares de especialistas en Medicina Familiar.
Destacada humanista y figura eminente de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en México
y Latinoamérica.*

Introducción

Desde que la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) otorgó el “reconocimiento universitario” a la residencia en medicina familiar en 1974; la propia UNAM ha considerado un compromiso ineludible el contribuir con las Instituciones de Salud de México a definir y perfeccionar los programas académicos de la especialización en medicina familiar. La premisa que ha guiado el diseño de los programas académicos coincide de manera esencial con la “filosofía” que también ha regido la integración de objetivos y temas del programa de la residencia de medicina familiar en España: “...la atención familiar suponía un cambio táctico y estratégico en la práctica de los profesionales sanitarios, que se centraba en trasladar la atención del marco tradicional individual al del conjunto de personas que conforman la familia, es decir, pasar del enfoque individual y biomédico al familiar y psicosocial, dentro de un contexto social, la comunidad, donde se encuentra inmerso el grupo familiar. Para lograr ese cambio, era necesario contar con una base conceptual, un modelo explicativo, y una organización capaz de poner en marcha este proceso”.^{1,2}

Coincidimos con la preocupación de Luis de la Revilla¹ -en que al igual que en España en México- cuando se han efectuado revisiones al programa de la residencia: se ha constatado la escasa o nula implantación de los contenidos clínicos del área de atención familiar en las consultas, especialmente con los temas relacionados a la problemática psicosocial. Esto es importante si tenemos en cuenta, como señala De los Ríos³, aproximadamente el 50% de la demanda en atención primaria tiene este origen. Porque -sin duda- el estudio de la familia dentro del entrenamiento en la especialidad en medicina familiar. Pudiera ser un tema -que no generara discusión alguna- debido a que puede considerarse el “estudio de la familia”, como un elemento consustancial a la disciplina. Pues bien, nos parece que la situación real no es como pudiera considerarse en un primer momento. Incluso Bailón Muñoz y de la Revilla² llegan a afirmar: “Como la formación del médico de familia se realiza fundamentalmente en la consulta del centro de salud [Clínica o Unidad de Medicina Familiar] de la mano de su tutor, el escaso o nulo abordaje de lo psicosocial o familiar por parte de éste ha-

ce difícil su aprendizaje. Los médicos residentes sólo aprenden lo que ven hacer a sus tutores, y como “lo que no se hace no existe”, se puede deducir que la atención a la familia no existe”.

En el presente documento se exponen las posiciones más recientes de la formación de médicos familiares en los Estados Unidos de América (EEUU), España, Chile y México. Al ahondar en los fundamentos del estudio de la familia, puede advertirse que el tema se vuelve espinoso y complejo. Por definición, podría pensarse que el integrar y poner en práctica conceptos cada vez más completos y profundos, necesariamente así se construiría un “escenario ideal” para la formación académica de los médicos familiares. Proponemos que tal premisa no es totalmente válida; las posiciones de una manera muy general se presentan en la Tabla I.

Tabla I. Algunos posicionamientos con relación al “estudio de la familia” en la especialidad de Medicina Familiar en cuatro países.

País	Posicionamiento
El caso de EEUU	Una aparente paradoja es que mientras la Medicina Familiar coloca el concepto de familia como núcleo de la singularidad de la disciplina; este atributo no parece ser visto así por muchos médicos de familia. Por ejemplo, en el proyecto <i>Future of Family Medicine (FFM)</i> se reporta que sólo el 59% de los médicos de familia consideran a la familia como importante en su práctica cotidiana. ^{4,5}
El caso de España	(2001) Conviene recordar también, que en el último programa de la especialidad elaborado por la Comisión Nacional en 1993, se ha mejorado y ampliado el espacio docente dedicado a la atención a la familia, agrupando los objetivos docentes en tres tareas fundamentales: Abordar a la familia como una unidad de atención, atender los problemas; Atender los problemas de la familia comunes en atención primaria de salud; Garantizar la continuidad de la atención a la familia. ^{5,6} (2011) A lo largo de estos años se ha venido investigando y trabajando en el abordaje familiar, en la utilización de la teoría de sistemas como marco teórico de acercamiento al grupo familiar, y en la puesta en marcha de instrumentos para conocer la realidad familiar, tales como el genograma, la evaluación de acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar. A pesar de los esfuerzos realizados para establecer la atención familiar en la consulta, todavía estamos lejos de haber conseguido que este tipo de manejo se extienda en un porcentaje importante y significativo de los centros de salud (en España). ²
El caso de Chile	El Modelo de Atención en Salud Familiar, propiciado por el Postítulo [Posgrado] de Medicina Familiar para la formación de especialistas, se caracteriza por incorporar sistemáticamente los aspectos familiares, psicosociales, culturales y epidemiológicos, a la atención de salud de las personas. Esta se realiza en el ambiente natural del consultante, considerando los factores del entorno que influyen en su proceso de salud, de modo de asegurar su integralidad y eficacia. ⁷
El caso de México	(2006) ... es asombroso que ya en los albores del siglo XXI y después de 30 años de exitoso desarrollo del Departamento de Medicina Familiar y de la especialidad, en México casi podamos repetir los mismos conceptos para describir los desafíos que la situación de salud presenta a la medicina académica y a las instituciones encargadas de proporcionar servicios de salud a la población. ⁸ ... estudios de investigación y evaluaciones subsecuentes han resaltado las debilidades de la medicina familiar. Entre éstas podemos destacar que, debido al crecimiento de la cobertura... y de las necesidades de la población, se han incrementado los problemas de: Oportunidad en la atención y las deficiencias en su calidad; Inconformidad en la población atendida; Falta de motivación del equipo de salud; Falta de reconocimiento al desempeño individual y colectivo; Insuficiencia de recursos humanos y materiales. Otras debilidades son: el enfoque de la atención es predominantemente curativo y no existe cultura de trabajo en equipo. ⁹

Tabla 2. Programas de formación de médicos familiares en los EEUU, España, Chile y México.

País	Elementos esenciales
El caso de EEUU	ATRIBUTOS BASICOS DE LA MEDICINA FAMILIAR Como parte de la investigación que se llevó a cabo para el proyecto FFM, se identificaron los atributos centrales de la especialidad de medicina familiar: Continuidad de la atención, Integralidad, Primer contacto, Comunidad y familia. El informe de investigación de la FFM exploró las siguientes dimensiones: adhesión al tratamiento, modelo biopsicosocial, compromiso con la prevención. Curiosamente, mientras la gente parecía cuestionar “que cualquiera médico podría ser competente para tratar una multiplicidad de problemas” esta característica parece ser precisamente el atributo más valorado -en los médicos de atención primaria- por parte de sus pacientes. ⁴
El caso de España	OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FAMILIAR Tarea 1: Acerarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistema. Tarea 2: Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias. Tarea 3: Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar. Tarea 4: Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar. Tarea 5: Estudiar a los pacientes con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar. Tarea 6: Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado. Tarea 7: Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar. ^{5,6}
El caso de Chile	PROGRAMA DEL POSTITULO EN MEDICINA FAMILIAR Medicina Centrada en la Persona: el médico, en su interacción con el paciente no sólo debe considerar su dimensión biológica, sino un conjunto de aspectos (emocionales, familiares, sociales, intelectuales, y espirituales) que pueden estar afectando su salud. El enfoque centrado en la persona: busca potenciar al máximo los recursos del paciente, de modo que se le ayude a encontrar la solución a los problemas de salud que enfrente. Aprendizaje basado en Problemas: en el ejercicio de la medicina es fundamental la habilidad de hacerse las preguntas adecuadas al enfrentar a cada paciente. <i>El Programa de postítulo de Medicina Familiar:</i> trabaja este aspecto a partir de la enseñanza en grupos pequeños, con evaluaciones permanentes entre pares, y discusión de casos relevantes para la práctica clínica en la atención primaria. Atención de Salud Basada en la Evidencia: uno de los pilares básicos del programa es la formación de los residentes en la adquisición de herramientas de búsqueda de información, y en el desarrollo de una visión crítica de la evidencia disponible, con el objeto de mejorar la salud de la población que tienen a cargo. Enfoque Familiar y Comunitario: La situación salud-enfermedad está fuertemente determinada por el contexto social, tanto familiar como comunitario. <i>El enfoque sistémico</i> permite aproximarse a la génesis de los problemas de salud, a los recursos disponibles para solucionarlo, y al diseño de intervenciones adecuadas. <i>El enfoque comunitario</i> implica la aplicación de una mirada poblacional en la gestión de los recursos y en el diseño de programas de promoción y prevención; y la valoración de la interdisciplina y el trabajo en redes para abordar los diversos problemas de salud y potenciar los recursos comunitarios existentes. Costo efectividad: La crisis de los costos en salud ha puesto en primer plano el rol clave que cumple el primer nivel de atención en la gestión de recursos económicos y humanos. <i>El Programa de Postítulo de Medicina Familiar</i> pone énfasis en la administración responsable de los recursos del paciente y las instituciones. Trabajo en equipo: La problemática que aborda el primer nivel de atención es multidimensional y se da en un contexto complejo de factores biológicos, culturales, organizacionales, etc. Los problemas de salud requieren, por lo tanto, de un enfoque multidisciplinario. ⁷
El caso de México	PROGRAMA DEL PUEM Estudio médico de la familia I: Origen y evolución histórica de la familia. Conceptos de familia. La familia como institución social. Tipología familiar. Funciones de la familia. Ciclo evolutivo individual, pareja y familia. Genograma. Estudio de salud familiar. Relación médico-paciente-familia I. Teoría general de grupos. Teoría general de sistemas. La familia como sistema. Teoría general de la comunicación. Toma de decisiones ante eventos familiares críticos. Dinámica familiar. Crisis familiares. Entrevista clínica. Relación médico-paciente. Estudio médico de la familia II: Relación médico-paciente-familia. II. Técnicas de entrevista familiar. Estudio integral de la salud familiar. Modelos para el estudio de la salud familiar. Funcionalidad y disfuncionalidad familiar. Teorías para la evaluación de la funcionalidad familiar. Instrumentos para la evaluación de la funcionalidad familiar. Interacción de los factores sociales con la salud familiar. Calidad de vida relacionada con la salud. Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida. Diagnóstico integral del proceso salud-enfermedad en la familia. Evaluación de riesgo en el ámbito familiar. Plan de manejo. Pronóstico familiar. Impacto de la enfermedad en la familia. Estudio médico de la familia III: Relación médico-paciente-familia III. Bases conceptuales de la intervención del médico familiar en los diversos niveles de prevención. Información, consejería, orientación y terapia familiar; alcances y limitaciones. Técnicas de orientación familiar. Intervención en crisis. Niveles de intervención. Escuelas y corrientes. Problemas de pareja; infidelidad, divorcio, comunicación, lucha por el poder. Atención de problemas específicos en Medicina familiar. Violencia intrafamiliar. Adicciones. Bajo rendimiento escolar. Familia con integrante geriátrico. Familia con problemas de migración. Familia con problemas de enfermedades crónicas y degenerativas. Familia con trastornos de la alimentación. Familia y suicidio. Familia ante la muerte. ¹⁰

Para Muñoz Hernández O. y cols.¹² la enfermedad individual también se podría analizar desde el contexto de un “grupo disfuncional” como en su caso puede ser la familia. La salud mental en la familia y en la comunidad -incluyendo una adecuada atención del proceso de envejecimiento- es de vital importancia dentro de lo que podría lograr la medicina familiar. Los esfuerzos (tanto de universidades como de instituciones de salud) nos deberían conducir a colocar al paciente en el centro de la atención y al médico familiar como socio, asesor y defensor de los intereses de los pacientes. Procurar que el paciente entienda las explicaciones sobre su estado de salud, y verificar si el paciente las haya entendido, son conductas que pueden evaluarse de manera sistemática. Y lo más importante, son habilidades y destrezas que se deberían enseñar a los residentes de medicina familiar a lo largo de su formación académica. La propuesta de contenidos temáticos para el Seminario de Atención Médica I,II,III del curso de especialización en medicina familiar (Tabla 3).

Tabla 3. Propuesta de contenidos temáticos.

Temas
Estudio médico de la familia I
Incorporar el tema: MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA, el médico, en su interacción con el paciente no sólo debe considerar su dimensión biológica, sino un conjunto de aspectos (emocionales, familiares, sociales, intelectuales y espirituales) que pueden estar afectando su salud. El enfoque centrado en la persona busca potenciar al máximo los recursos del paciente, de modo de ayudarle a encontrar solución a los problemas de salud que enfrenta. ⁷
ACERCARNOS A LA FAMILIA COMO UNIDAD DE ATENCIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA ECOLÓGICA Y SISTEMÁTICA. APRENDER A UTILIZAR INSTRUMENTOS PARA ATENDER A LAS FAMILIAS. CONOCER LA IMPORTANCIA DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y DEL CICLO VITAL FAMILIAR EN LA SALUD FAMILIAR.
(1er. año de la residencia) De un total de 18 temas se propone reducirlos a 10 tópicos.
<ul style="list-style-type: none"> a) Evolución histórica de la familia. b) Conceptos de familia. c) Tipología familiar. d) Funciones de la familia. e) Ciclo evolutivo individual y de la familia. f) Genograma. g) Estudio de salud familiar. h) Relación médico-paciente-familia I. i) Crisis familiares. j) Entrevista clínica.
Estudio médico de la familia II
CONOCER EL PAPEL DE LOS FACTORES ESTRESORES Y DE LA EXISTENCIA DE UNA RED QUE APORTE APOYO BIO-PSICO-SOCIAL AL PACIENTE Y A SU FAMILIA.
(2º. año de la residencia) De un total de 13 temas se propone reducirlos a 8 tópicos.
<ul style="list-style-type: none"> a) Relación médico-paciente-familia. II. b) Técnicas de entrevista familiar. c) Estudio integral de la salud familiar. d) Calidad de vida relacionada con la salud. e) Instrumentos para la evaluación de la calidad de vida. f) Diagnóstico integral del proceso salud-enfermedad en la familia. g) Evaluación de riesgo en el ámbito familiar. Plan de manejo. h) Impacto de la enfermedad en la familia.
Estudio médico de la familia III
ESTUDIAR A LOS PACIENTE CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACITADOS, INMOVILIZADOS Y TERMINALES EN SU CONTEXTO FAMILIAR. CONOCER LAS CRISIS DE DESARROLLO Y LOS SISTEMAS DE ASESORAMIENTO FAMILIAR. De un total de 17 temas se propone reducirlos a 9 tópicos.
<ul style="list-style-type: none"> a) Relación médico-paciente-familia III. b) Bases conceptuales de la intervención del médico familiar en los diversos niveles de prevención. c) Información, consejería, orientación; alcances y limitaciones. d) Técnicas de orientación familiar. Intervención en crisis. e) Niveles de intervención. Escuelas y corrientes. f) Violencia intrafamiliar. g) Adicciones. h) Familia con integrante geriátrico (con problemas de enfermedades crónicas y degenerativas). i) Familia ante la muerte.

Conclusiones

Geoffrey Meads,¹³ refiere que el papel futuro del médico familiar será, como lo es hoy y lo fue antes, el de aprovechar todas las relaciones positivas -entiéndase los recursos legales, sociales, económicos y culturales- que se encuentren a disposición de los pacientes; y que deberían utilizarse en beneficio -de los integrantes de la población- que se encuentra bajo los cuidados del médico familiar.

La medicina familiar como cualquier otro campo del trabajo médico, enfrenta problemas y debilidades que nos pueden servir para plantear los retos a vencer. Las brechas que existen entre los planteamientos teóricos y doctrinales o incluso filosóficos -con la práctica cotidiana de la medicina familiar- se pueden explicar por el establecimiento de “verdades” que se aceptan a partir del “discurso”; pero que no siempre concuerdan con la realidad de los escenarios clínicos. Al igual que en otras especialidades, la heterogeneidad en la atención es alarmante, por lo que lo más sensato sería: para disminuir la variación se debe mejorar el promedio. Y como señala Narro¹⁴, el mayor desafío radica en que la sociedad, las familias y los pacientes demanden la existencia de los médicos familiares y así se organicen los servicios de atención a la salud.

Agradecimiento

Expresamos nuestra gratitud a la Ing. Irma Jiménez Galván, técnica académica de la Subdivisión de Medicina Familiar de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Referencias

1. Fernández Ortega MA. Formación de especialistas en Medicina Familiar en México. 2014. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/andino/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/MiguelFernandez_mexico.pdf
2. Bailón Muñoz E, de la Revilla Ahumada L. La atención familiar, la asignatura pendiente. Aten Primaria. 2011;43(2):55-57.
3. De los Ríos Álvarez AM. Los procesos psicosociales. Características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 1997. Citado por: Bailón Muñoz E, de la Revilla Ahumada L. La atención familiar, la asignatura pendiente. Aten Primaria. 2011;43(2):55-57
4. Task Force Report 2. Report of the Task Force on Medical Education. Ann Fam Med March 1, 2004 vol. 2 no. suppl 1 S51-S64.
5. The Future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. Ann Fam Med 2004;2 suppl:S1-S32. Available: www.annfammed.org/content/vol2/suppl_1/index.shtml.
6. Revilla L de la, et al. Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria. Medicina de Familia (And) 2001; 2,(1):64-74.
7. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte de España. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/PROGRAMA%20DE%20LA%20ESPECIALIDAD%20DE%20MEDICINA%20FAMILIAR%20Y%20COMUNITARIA%202004.pdf>
8. Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina Dirección de Postgrado. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/concursos/programa-postitulo-especialidades-y-sub-especialidades> file:///C:/Users/SMF_vostro/Downloads/6-Programa-Medicina-Familiar-Mencion-Adulto%20(1).pdf
9. Rodríguez Domínguez J, Fernández Ortega MA, Mazón JJ, Olvera F. La medicina familiar en México, 1954-2006. Antecedentes, situación actual y perspectivas. Aten Primaria. 2006;38(9):519-22.
10. Ruiz Hernández B, Reyes Morales H, Estrada Obregón C, Sánchez López LF, Pedrote Navarro B, Vargas Alencaster LD, y cols. La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social: fortalezas y debilidades actuales. En: García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2006.p. 49.

11. Plan único de especializaciones médicas (PUEM) en Medicina Familiar. México, D.F. UNAM. Plan de estudios aprobado por el Consejo Universitario el 21 de abril de 1994. Versión (2009)
12. Muñoz-Hernández O, García-Peña MC, Vázquez-Estupiñán F. Perspectivas en medicina familiar. Arch Med Fam 2006; 8 (3):145-151. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=11170>.
13. Meads G. Medicina Familiar: problemas y perspectivas del futuro. En: García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2006.p. 21-39.
14. Narro Robles J, Mazón Ramírez J, Fernández Ortega M. La medicina familiar: sus bases evolución y desafíos. En: García Peña C, Muñoz O, Durán L, Vázquez F. La medicina familiar en los albores del siglo XXI. Instituto Mexicano del Seguro Social. México. 2006. p. 301-03.