

# **Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de medicina familiar**

<sup>1</sup>Jefe de Área  
de Hospitales,  
División de Educación  
Continua  
<sup>2</sup>Jefa  
del Área Académica  
de los Centros  
de Investigación  
Educativa y Formación  
Docente

Coordinación  
de Educación en Salud,  
Instituto Mexicano  
del Seguro Social

Correspondencia:  
Víctor Chávez Aguilar.  
Tel.: 5761 2614.  
Correo electrónico:  
vicha2@hotmail.com

## **RESUMEN**

Aunque es fundamental, con poca frecuencia durante la formación de especialistas en medicina familiar se valora la aptitud clínica en el manejo de la familia. Con este propósito se elaboró un instrumento con 235 enunciados, el cual fue validado mediante rondas de expertos y se estimó la consistencia interna con la prueba de Kuder-Richardson. El instrumento fue aplicado a 560 residentes de medicina familiar de 37 sedes del país. La media de calificaciones fue de 91 de 235 (rango de -22 a 154); 82 % se ubicó con niveles de baja y muy baja aptitud. El análisis por sede no evidenció diferencias con la prueba de Kruskal-Wallis. Estos resultados pueden traducir escasa reflexión en el manejo de las familias, así como predominio de estrategias educativas poco participativas y la existencia de ambientes académicos poco propicios, variables susceptibles de ser indagadas en investigaciones posteriores.

## **SUMMARY**

Evaluating clinical aptitude in family management in formation of family medicine specialists is fundamental and not very common. With this purpose, an instrument of five family cases with 235 sentences was made up, validated by the opinion of experts, and internal consistency was estimated with Kuder-Richardson test. A total of 560 family medicine residents were studied (90 % of the total) from 37 medical units in Mexico. Findings: average grade was 91 of 235 (a range of -22 to 154) and 82 % were located at very low and low aptitude levels. Analysis by medical units did not show differences with Kruskal-Wallis test. These results may show limited reflection on management of families and prevalence of low-participation educational strategies as well as existence of unfavorable academic environments, items chosen for investigation in subsequent studies.

## **Antecedentes**

La educación médica en general tiene como objetivo fundamental incrementar la capacidad del médico para resolver problemas de salud. La medicina familiar en particular debe procurar que los médicos residentes y especialistas tengan cada vez mayor aptitud clínica en el manejo de las familias con problemas de salud, por lo que es necesario evaluar con qué profundidad se adquiere esa aptitud.

La aptitud clínica del médico familiar se desarrolla primordialmente a través del proceso formativo del curso de la especialidad, en donde se resalta, por su importancia, la aptitud clínica en el manejo de la familia, que es la principal unidad de análisis del proceso salud-enfermedad de la medicina familiar, y la cual conjunta riesgos y características que brindan

todo un perfil de salud de cada uno de sus integrantes.<sup>1</sup>

La aptitud clínica en el manejo de la familia es un proceso que inicia, en algunos casos, en los primeros semestres de la carrera de medicina, pero de manera importante durante el primer año del curso de la especialización en medicina familiar, y es reforzado durante el segundo y tercer año mediante el seguimiento de familias con problemas de salud complejos.

Los ambientes educativos que propicien la reflexión del médico residente, así como la crítica de contenidos temáticos y la recuperación de la propia experiencia para la elaboración del conocimiento, son de crucial importancia para la adquisición de aptitudes clínicas.<sup>2</sup>

En México son pocas las investigaciones que han intentado medir la aptitud clínica adquirida durante la especialidad, como un pro-

## **Palabras clave**

- ✓ competencia clínica
- ✓ educación médica
- ✓ medición educacional
- ✓ salud familiar
- ✓ terapia familiar
- ✓ médicos familiares
- ✓ práctica familiar

## **Key words**

- ✓ clinical competence
- ✓ education, medical
- ✓ educational measurement
- ✓ family health
- ✓ family therapy
- ✓ physicians, family
- ✓ family practice

ceso en el cual se profundiza en el conocimiento mediante la participación y la reflexión de la práctica cotidiana en el manejo de la familia.<sup>3,4</sup>

La *participación* en el ámbito educativo ha tenido múltiples interpretaciones: desde la sola presencia de alumnos y profesores interactuando a través de contenidos fijados previamente en un currículo; la concepción sólo en términos instrumentales, es decir, como un medio de control para alcanzar un objetivo educativo específico; hasta una participación más amplia en la cual el alumno asuma de manera consciente la capacidad de contribuir a su propio desarrollo cuestionando su quehacer diario en cuanto a su formación.<sup>5</sup>

matizadas en los distintos espacios clínicos. La valoración de la aptitud clínica en el manejo de familias, medida a través de casos familiares reales, brinda la oportunidad de considerar si este manejo se da de manera reflexiva y profunda.

Hasta ahora la evaluación de los médicos residentes de medicina familiar en México se ha efectuado básicamente a través de exámenes de opción múltiple, con las ya conocidas limitaciones originadas por efecto del azar y la escasa posibilidad de llevar cabo una valoración profunda.

En la presente investigación se retoma el enfoque de la participación para incrementar la aptitud clínica, en donde el alumno sea capaz de responsabilizarse de su aprendizaje de manera autónoma, rescatando su experiencia como el insumo de la reflexión.<sup>7</sup>

**Cuadro I**  
**Contenidos del instrumento para valorar la aptitud clínica del residente de medicina familiar en el manejo de la familia**

Indicadores	Número de reactivos	%
Tipología familiar	21	9.0
Ciclo de vida familiar	24	10.2
Exploración de ámbito social	26	11.1
Exploración del ámbito psicológico	12	5.1
Exploración del ámbito biológico	12	5.1
Factores de riesgo psicosocial	23	9.8
Subsistemas familiares	17	7.2
Funciones desempeñadas por los integrantes	32	13.6
Comunicación familiar	21	9.0
Vínculos familiares.	22	9.3
Funcionalidad familiar	25	10.6
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100.0</b>

La participación que tenga el médico residente en su proceso formativo es primordial para elaborar los aprendizajes que ampliarán y profundizarán su aptitud clínica e influirán positivamente en la salud de las familias, tratando de vincular de manera estrecha la teoría y la práctica; en estudios anteriores, esta relación teórico-práctica se ha asociado con la fundamentación de acciones y decisiones médicas.<sup>6</sup>

En el presente trabajo se asume que la *aptitud clínica* es la capacidad del educando de recuperar su experiencia clínica ante situaciones proble-

## Enfoque teórico

Para profundizar en la aptitud clínica, en la visión participativa de la educación se propone no consumir la información sino elaborarla y transformarla; la información debe surgir básicamente de la experiencia y de la reflexión sobre ésta. La participación apela a la motivación, iniciativa e inventiva del educando, por lo que éste se convierte en el protagonista de su propio proceso educativo; podemos decir que en la elaboración del conocimiento, *participación* equivale a *protagonismo*.<sup>8</sup>

Con la participación se propone desarrollar la capacidad del aprendizaje autónomo del educando, mediada por la crítica y el dominio de métodos para elaborar el conocimiento, y en donde la discusión grupal tenga un lugar preponderante.<sup>7</sup> La relación profesor-alumno adquiere particularidades propias ya que no se trata de delegar responsabilidades en el alumno, sino que uno y otro asuman su compromiso en el proceso. El punto de partida es la experiencia del alumno, la cual debe ser recuperada a través de la reflexión para cuestionar y replantear ésta.<sup>7</sup>

La interrogante que se plantea como eje para el presente estudio de investigación es con qué profundidad se elabora la aptitud clínica para el manejo de familias en residentes de medicina familiar.

## Material y métodos

Para evaluar la aptitud clínica en el manejo de la familia se elaboró un instrumento de medición constituido por cinco casos familiares, seleccionados de 20 analizados en las diferentes unidades sede del curso de especialización en medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Fueron elegidos aquellos casos que exploraron más ampliamente los indicadores propuestos para el manejo de la familia: tipología familiar, ciclo de vida familiar, ámbito social, psicológico y biológico de la familia, factores de riesgo psicosocial, subsistemas, roles, vínculos familiares, comunicación y funcionalidad familiar (anexo 1). Estos indicadores se desglosaron en 235 ítems de *falso, verdadero* y *no sé* (cuadro I).

El instrumento se validó mediante rondas de expertos: una con expertos en educación e investigación médica, para estimar la validez conceptual y de criterio; otra con expertos en medicina, profesores titulares del curso de especialización en el Distrito Federal, para estimar la validez de contenido.

Se aplicó una prueba piloto del instrumento en dos unidades de medicina familiar en el Distrito Federal, actualmente sedes de la especialidad, a un total de 26 residentes de segundo año de medicina familiar. Se evaluó la consistencia interna del instrumento mediante la aplicación de la fórmula 21 de Kuder-Richardson.<sup>9</sup> Posteriormente se aplicó en forma simultánea el instrumento a 560 residentes de segundo año de la especialidad, en 37 sedes del curso de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en toda la República; el cuestionario fue respondido en hoja de lector óptico a fin de facilitar la calificación en forma ciega.

## Resultados

Respecto a la prueba piloto, en la evaluación de la consistencia interna la aplicación de la fórmula 21 de Kuder-Richardson tuvo un resultado de 0.88. La prueba en mitades de *U* de Mann-Whitney indicó  $p = 0.2090$ , lo cual traduce la falta de diferencias significativas en las dos sedes estudiadas.<sup>9</sup>

En los resultados globales de la aptitud clínica en los 560 residentes se obtuvo puntuación promedio de 159 y desviación estándar de 23; la calificación máxima fue de 154 y la mínima de -22 (cuadro II).

**Víctor Chávez Aguilar et al.**  
**Aptitud clínica**  
**en el manejo de la familia**

**Cuadro II**  
**Evaluación global de la aptitud clínica en el manejo de la familia, en 560 residentes de segundo año de medicina familiar**

Estadígrafo	Respuestas evaluadas como			Calificación
	Correctas	Incorrectas	No sé	
Promedio	159	68.48	7.53	91
Desviación estándar	13.41	12.42	12.55	23
Mediana	160	68	2	91
Máxima	194	126	86	154
Mínima	104	34	0	-22

235 enunciados

A los resultados globales de aptitud clínica se aplicó la prueba de Pérez-Padilla y Viniegra<sup>10</sup> para estimar el número de posibles respuestas esperadas por azar, que fue de 29.56.

En el cuadro III se muestra la ubicación de los alumnos según la aptitud clínica en el manejo de la familia.

Al tomar en cuenta las 37 sedes se obtuvo puntuación máxima de 114 y puntuación mínima de 76. Al clasificarlas tomando en cuenta el nivel mínimo y máximo se observa que 19 sedes estuvieron en nivel de baja aptitud, 14

**Cuadro III**  
**Aptitud clínica en el manejo de la familia, en 560 residentes de segundo año de medicina familiar**

	Rango	Número de residentes	%
Explicable por azar	0 a 30	5	0.90
Muy baja	31 a 71	93	16.60
Baja	72 a 112	368	65.73
Intermedia	113 a 153	93	16.60
Alta	154 a 194	1	0.17
Muy alta	195 a 235	0	0.00
<b>Total</b>		560	100.00

en nivel medio y cuatro en nivel alto (cuadro IV). Al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis para valorar si había diferencias entre los tres grupos de sedes estudiados se encontró que no eran significativas (cuadro IV).

**Cuadro IV**  
**Evaluación global de la aptitud clínica en el manejo de la familia en 37 sedes, de acuerdo con el grado de aptitud alcanzado por residentes de segundo año de medicina familiar**

Grado de aptitud clínica	Rango de medianas	Número de sedes	%	*
Bajo	76 a 88	19	51	ns
Medio	89 a 101	14	38	ns
Alto	102 a 114	4	11	ns
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>100</b>	

\* Prueba de Kruskal-Wallis  
 $p > 0.01$ , no hay diferencias significativas  
*ns = no significativo*

## Discusión

En el área de la medicina es poco frecuente estimar el desarrollo de aptitudes clínicas;<sup>11,12</sup> en la práctica médica institucional esa actividad se realiza aproximadamente desde hace ocho años. La medición de aptitudes en general y en el manejo de la familia en particular tiene pocos antecedentes institucionales en México, por lo que resulta relevante un trabajo de esta naturaleza.

El diseño del instrumento que se empleó para medir la aptitud clínica en el manejo de la familia considera los principales indicadores que tienen que ver con la salud biopsicosocial (cuadro I), y se relaciona con los contenidos temáticos del programa académico y con los contenidos del examen de certificación de la especialidad.<sup>13</sup> El que se hayan utilizado casos clínicos reales le confiere relevancia al instrumento, ya que tiene íntima relación con la práctica cotidiana del médico familiar.

El total de residentes de segundo año que participaron en el estudio representa 90 % del total de residentes de ese grado en el IMSS (cuadro II), con lo cual el estudio se constituye

en la primera aproximación verdaderamente representativa de lo que sucede en el proceso formativo en esta especialidad.

La calificación global de aptitud clínica (cuadro II) mostró bajos niveles con un promedio de 91, de una puntuación de 235 que era la máxima esperada, debido a la estrategia de medición utilizada, en la cual los errores disminuyen el total de respuestas correctas. Desde el punto de vista pedagógico puede interpretarse como la escasa posibilidad que tiene el residente de profundizar en el área, y por el uso frecuente de estrategias educativas poco propicias para la participación. Por otro lado, puede considerarse que los resultados están en niveles semejantes a los referidos en otros estudios que han medido aptitud clínica en cursos de posgrado.<sup>3,4</sup> Llama la atención la puntuación mínima de -22, la cual puede considerarse como indicativa de un nivel de preparación excepcionalmente bajo para el ejercicio de la especialidad.

La estadificación de la aptitud clínica mostró que más de 82 % tuvo muy baja o baja aptitud, lo cual puede interpretarse como una escasa reflexión de la experiencia cotidiana en el manejo de las familias; estos resultados son también similares a los encontrados en otros estudios que han medido aptitud clínica en residentes de posgrado.<sup>3,4</sup>

Al agrupar los resultados de la aptitud clínica en el manejo de la familia de acuerdo con las sedes, tomando como referentes el nivel mínimo y máximo, se puede identificar que sólo cuatro podrían considerarse con nivel alto (cuadro IV). Al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis no se encontraron diferencias entre los tres grupos, lo cual indica que las diferencias entre los grupos y las sedes son mínimas y no se reflejan estadísticamente.

Para futuras investigaciones sería conveniente valorar la influencia del empleo de estrategias educativas participativas y el desarrollo de ambientes académicos favorables para profundizar en el conocimiento, así como se debe tratar de estimar la aptitud clínica en los distintos grados de la especialidad, incluso en médicos egresados, para comparar la influencia de la práctica médica en el desarrollo de aptitudes complejas.

## Referencias

1. Cerda OA. Abordaje integral de la salud familiar, un método para la práctica de la medicina familiar. Rev Mex Med Fam 1990;3-4(3):76-86.
2. Castillo-Sánchez EJ, Aguilar-Mejía E, Rivera-Ibarra DB, Leyva-González FA. Ambiente educativo en medicina. Propuesta de un instrumento de evaluación. Rev Med IMSS 2001;39(5):403-407.
3. Rivera IDB. Evaluación de la aptitud clínica en médicos residentes de medicina física y rehabilitación. Rev Invest Clin 1998;50:341-346.
4. Garfias-Garnica G, Aguilar-Mejía E, Viniestra-Velázquez L. Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia, en traumatismo craneoencefálico. Rev Med IMSS 1997;36(2):233-239.
5. Viniestra LV. Una educación para la participación. En: Materiales para una crítica de la educación. México: IMSS; 1999. p. 108-137.
6. Jiménez RJL, Viniestra VL. Teoría y práctica en la especialización médica, un instrumento de medición de estrategias de aprendizaje. Rev Invest Clin 1996; 48:179-184.
7. Viniestra VL. El camino de la crítica. Rev Invest Clin 1996;48:139-158.
8. Viniestra VL, Aguilar ME. Hacia otra concepción del currículo. México: IMSS; 1999. p. 2-24.
9. Siegel S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Décima reimpresión. México: Trillas; 1986.
10. Pérez-Padilla R, Viniestra VL. Método para calcular la distribución de las calificaciones esperadas por azar en un examen de tipo falso, verdadero, no sé. Rev Invest Clin 1989;42:375-379
11. Tun-Queb MC, Aguilar-Mejía E, Viniestra-Velázquez L. Desarrollo de la aptitud clínica en estudiantes de segundo año de la carrera de medicina. Rev Med IMSS 1999;37(2):141-146.
12. Sabido SMC, Viniestra VL. Competencia y desempeño clínico en diabetes. Rev Invest Clin 1998;50: 211-216.
13. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Guía para el estudio familiar. México: Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar; 2001. [\[m\]](#)

**Víctor Chávez Aguilar et al.**  
**Aptitud clínica**  
**en el manejo de la familia**

### Anexo 1 Caso familiar

Familia formada por padre de 45 años, obrero, madre de 35, secretaria, dos hijos de 15 y 13 años y un sobrino de 12 años que vive con ellos por haber quedado huérfano desde hace cinco años. La madre lleva al hijo menor a consulta por referir que éste ha reprobado dos materias en la secundaria y se le encontró fumando en la escuela. La familia compró hace seis 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 por la tarde supervise la tarea a los hijos ya que el padre llega a casa por la noche. Quien ayuda habitualmente en las tareas es el hermano mayor, incluso designa quehaceres e impone castigos al hermano menor y al sobrino.

#### 1. Tipología familiar

- Se trata de una familia extensa
- La presencia del sobrino la hace compuesta
- Es arcaica por la modalidad de su funcionamiento
- Se trata de una familia tradicional clásica

#### 2. Ciclo de vida familiar

- Es una familia en fase de expansión
- Familia en fase de dispersión por la influencia escolar
- Se encuentra en fase de independencia por el trabajo materno

#### 3. Exploración del ámbito social

- De acuerdo con su desarrollo social es una familia moderna
- La ocupación del padre la convierte en familia proletaria
- Por su estructura se trata de una familia semiintegrada
- Por su funcionamiento se trata de una familia integrada