

Cinco reflexiones sobre la enseñanza de la atención a las familias en las residencias de medicina familiar

Five Reflections on the Teaching of Family Care in Family Medicine Residences

Arnulfo E. Irigoyen Coria,* Miguel Ángel Muñoz Arroyo,** Verónica Morelos Romero,** Anel Jiménez Siles,***
Rafael Martín López Montiel, ** Jessica Estefanía Suárez Esquivel, ** Verónica Calva Valladares, ***
Berenice Antúnez Cruz, *** Erika Sinaí Esquivel García, *** Isabel Sandra Miramón Bonilla.***

** Profesor Asociado C, 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. 20 de la Ciudad de México. Instituto Mexicano del Seguro Social. ***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.

Introducción

En este trabajo se presentan cinco reflexiones en los que se tomaron como punto de referencia dos artículos de Revilla de la L. y cols.^{1,2} -aun cuando distan aproximadamente 10 años de haber sido publicados entre ellos- su vigencia es incuestionable. En particular porque aportan información para el debate sobre la enseñanza de la “atención a las familias” en el marco de los cursos de especialización en medicina familiar.

Este artículo ha sido el producto colaborativo de un profesor con nueve alumnos, en el desarrollo del Seminario de atención médica II del curso de especialización en medicina familiar según el PUDEM, en las aulas de posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Al tomar como un punto de referencia las premisas de Piaget y Vigostky³ este proyecto se inició con un propósito muy preciso -el papel más importante que asume un profesor- es proveer un ambiente en el cual el estudiante pueda experimentar el proceso de investigación de una manera espontánea. Estamos de acuerdo en que el aprendizaje debería ser observado y valorado como un proceso social y por otra parte que dicho proceso suceda entre grupos colaborativos con la interacción productiva de los integrantes de estos grupos. De esta manera se pueden materializar al menos tres postulados de Vigostky: a) El aprendizaje y el desarrollo son una actividad social y colaborativa que no puede ser enseñada a nadie. Depende del estudiante “construir su propia comprensión” en su propia mente. b) La Zona de Desarrollo Próximo puede ser usada para diseñar situaciones apropiadas durante las cuales -el estudiante debería recibir el apoyo necesario e indispensable- para un aprendizaje óptimo. c) Cuando son ofrecidas las situaciones apropiadas, se debe tomar en consideración que el aprendizaje debería tomar lugar en “contextos significativos”; preferiblemente donde el conocimiento va a ser aplicado. Así, que mejor lugar que el escenario en donde se imparte el Seminario de atención médica II del curso de especialización en medicina familiar según el PUDEM.³

Primera reflexión:

Revilla de la L. y cols.¹ Mencionan que la mayoría de las organizaciones de la nueva especialidad de medicina familiar que se han incorporado a la Organización Mundial de Médicos Familiares (por sus siglas en inglés ----

WONCA), tienen establecidos programas de residencia de formación posgrada de dos o tres años para preparar a los licenciados en medicina a ser médicos de familia competentes. El programa académico del Departamento de Medicina General de la Escuela Médica postgrada de la Universidad de Exeter (Reino Unido) divide su currículum en cinco áreas: *Salud y enfermedad, desarrollo humano, conducta humana, medicina y sociedad y organización de la práctica general*. En la actualidad la Escuela de Medicina de la Universidad de Exeter reconoce que la cobertura de la atención primaria se ubica en el 90% del contacto del paciente en el sistema de salud del Reino Unido tiene lugar en la atención primaria; fundamentado en un equipo de atención primaria extenso y multidisciplinario.⁴

Figura 1. Áreas Curriculares de la Universidad de Exeter



Segunda reflexión:

El RAP (Residency Assistance Program) establecido los Estados Unidos de América (EEUU) desde 1975 ha impactado en al menos 250 programas de residencia en medicina familiar. La sección de dicho documento que se ocupa de los contenidos curriculares de la especialidad está constituida por los capítulos de la medicina familiar, el comportamiento humano, psiquiatría, medicina comunitaria y los correspondientes a las áreas de conocimientos en medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y otras especialidades. Revilla de la L. y cols. apuntan que en el capítulo correspondiente a la medicina familiar se incluye un apartado en relación a la atención familiar; encontrando otra referencia sobre dinámica familiar en el capítulo sobre el comportamiento humano.^{1,5,6}

Figura 2. Contenidos curriculares en programas de medicina familiar en EEUU.**Tercera reflexión:**

Al diseñar un programa sobre la enseñanza de la atención a la familia, conviene estudiar, aunque sea de forma sucinta, las bases sobre las que se apoya el modelo docente que se propone. Parece conveniente hacer algunos comentarios acerca de las bases sobre los que se sustenta este programa, esto es: entender a la familia como una unidad de atención, contar con un modelo explicativo de la atención familiar, diferenciar el trabajo con familias, de la terapia familiar y conocer cuáles son las actividades que debe de realizar el médico en la atención familiar.¹⁷ (Figura 3).

Figura 3. Bases para establecer un programa docente de atención familiar.

Cuarta reflexión

Para de la Revilla el analizar a la familia como unidad de atención se comprende solo si se entiende como un *subsistema social abierto* que se encuentra en constante interacción con el medio, en la que los miembros de la familia asumen su pertenencia y en la que comparten sus recursos. Resulta conveniente reconocer a la familia como un todo -como una unidad integral- en la que estaríamos obligados a soslayar la atención individual por una atención más integral que tome en cuenta las demandas de una familia. Un ejemplo, sobre los elementos que el médico familiar debería tomar en cuenta en este enfoque integral -serían los derechos de niñas, niños y adolescentes- de manera enunciativa y no limitativa, los cuales incluyen: derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; derecho de prioridad; derecho a la identidad; y de manera particular el derecho a vivir en familia.⁵ (Figura 4)

Figura 4. La familia como unidad de atención.



Quinta reflexión

No obstante que existen técnicas de terapia familiar comunes entre un terapeuta familiar y un médico de familias, es importante diferenciar el abordaje, ya que se podrían presentar alteraciones al aplicar estas "normativas" dentro de la consulta.¹ Recuérdese el concepto de Gallo: *El Médico Familiar no es un Terapeuta Familiar*; según Gallo, el *Médico Familiar es un clínico que entiende y asume la importancia trascendental de la familia sobre cómo y de qué enferman sus miembros*, teniendo en cuenta su lado positivo, como recurso de la salud, y su lado negativo, como generadora de enfermedad y de conductas de salud erróneas. Por otra parte, reconoce que está en una posición privilegiada para detectar problemas familiares y valorará la intervención en función del problema encontrado y de su propia capacidad en esta área.^{3,4} (Tabla 1)

Tabla I. Diferencias entre el trabajo con familias y la terapia familiar.

TRABAJO CON FAMILIAS	TERAPIA FAMILIAR
1. Profesional de Atención Primaria	1. Profesional de 2º o 3º Nivel de Atención
2. Conoce y trata a los miembros de la familia	2. Contacto limitado y específico con la familia
3. Tiempo limitado de consulta	3. Tiempo Ilimitado de consulta
4. Utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis e intervenciones	4. Plantea Hipótesis complejas sobre la dinámica familiar.

Fuente: 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.

Agradecimiento

Hacemos un reconocimiento por la valiosa colaboración de 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. 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.
2. Bailón Muñoz E, de la Revilla Ahumada L. La atención familiar, la asignatura pendiente. Aten Primaria. 2011;43(2):55-57.
3. Castillo S. Propuesta pedagógica basada en el constructivismo para el uso óptimo de las TIC en la enseñanza y el aprendizaje de la Matemática. Rev Latin Invest en Matemática Educativa 2008; 11(2):171-194.
4. University of Exeter. Medical School. Available:<http://medicine.exeter.ac.uk/research/healthresearch/primarycare/>
5. Pugno P, Kahn NB. The Residency Assistance Program: 1,000+ Opportunities and 30 Years of Experience Promoting Excellence in Family Medicine Education. Fam Med 2005;37(4):253-8. Available: <https://www.stfm.org/fmhub/fm2005/April/Perry253.pdf>.
6. The Residency Assistance Program (RAP) for family practice. Criteria for excellence in a residency program, fifth edition. January 2003. www.aafp.org/x14265.xml.
7. Derechos humanos de niñas, niños y adolescentes. México. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Ninos_Derechos_Humanos
8. Gallo-Vallejo F. Grupo de trabajo de SEMFYC. Perfil Profesional del médico de familia. Aten Primaria. 1995; 16 (1): 5-6. En: Irigoyen-Coria A, Ponce-Rosas ER, García-Manrique JG. Hacia una definición de la práctica del médico familiar. Reflexiones sobre el pensamiento de tres autores. MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2010, 4 (2): Disponible en: <http://www.idefiperu.org/MPANRO4A/fullpuntvistn22010.html>.