

APTITUD CLÍNICA DE LOS MÉDICOS FAMILIARES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN FAMILIAR EN UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DE GUADALAJARA, MÉXICO

Carlos Enrique Cabrera-Pivaral,* Imma Rodríguez Pérez,** Guillermo González-Pérez,**
Patricia Ocampo Barrios, Carlos Amaya López

SUMMARY

Introduction

Families function as dynamic systems, where the different members stimulate each other to achieve common objectives. Family development is thus conceived as a chain of changes, in form and function, which follow evolution stages. The balance of positive and negative forces inside the family is translated into an evolution, and so the ability to respond to internal or external changes is vital to avoid discrepancies or clashes between the tasks and roles of the different family members.

In this sense, family physicians must be able to identify any potential dysfunction or difficulty inside the family, and to facilitate the compatibility of tasks in order to reestablish the continuity and good functioning of the family.

The family physicians' clinical aptitude is made up of a series of abilities intended to identify any signs and symptoms of dysfunction. They must also be skilled in using auxiliary resources for the diagnosis and treatment of all these. Such an aptitude is measured by a structured and validated instrument.

Material and methods

This is an observational, prospective and comparative research of a 450 family physicians sample from 23 first level family health care medical clinics from the National Social Security Institute (Instituto Mexicano del Seguro Social: IMSS). All family physicians working at the clinics were included, excepting those who were at the time on vacation, worked the night shift, attended the ER, were absent or refused to participate.

Clinical aptitude for family dysfunction was measured in three areas: 1. Identification of risk factors for family dysfunction; 2. Diagnosis with an integral point of view and 3. Proposal, identification and guidance, which describes a physician's ability to judge decisions taken on case reports and to propose alternative actions.

Other variables taken into account were sex, age, specialty, years of experience, shift, clinic and type of contract.

Instruments. The instrument was designed to integrate theory and practice. It was conformed by real case reports, which were condensed, divided in sections, and followed by a series of questions with three possible answers: «true», «false» or «I don't know». In total, there were 187 questions, 94 of which were true and 93, false. Correct answers accounted for one point, while incorrect ones rested one point; «I don't know» answers had no effect on the results.

There were 42 lines to explore risk factors; 24 to explore the use of diagnostic resources; 19 to explore the use of therapeutic resources; 36 to evaluate a physician's knowledge of family sociology; 42 to assess family psychology, and 24 designed to evaluate proposal abilities. It was all validated and standardized with a group of post-graduate medical residents in Family Medicine from Mexico City. The Richardson K index was 0.90.

Clinical aptitude was measured using an ordinal scale, where a random level «1» was defined by <60 points; a low «2» level by 60-99 points; an intermediate «3» level by 100-139 points, and a high «4» level by >140 points.

A descriptive and inferential statistical analysis was used with median, percentage, Mann-Whitney's and Kruskal-Wallis' tests. All this was then processed with the EPI INFO-6 and SPSS Plus software packages.

Ethical considerations. This is a risk-free research, as established in the Health Research section of the Mexican Health Law. Nevertheless, a signed acceptance form was required from all participants.

Results

Table 1 shows the general characteristics of the study sample. In turn, table 2 presents clinical aptitude to identify family dysfunction, sorted by clinic. Clinics B and D had, respectively, a median of 105 and 102, with similar ranges. There were no statistically significant differences among the sub-indexes of each clinic. The diagnosis median was higher than that for guidance.

Table 3 reveals a high level of clinical aptitude in 3% of the physicians, an intermediate level in 25%, a low level in 58%, and

* Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

** Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, Departamento de Ciencias Sociales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.

*** Coordinación Delegacional de Educación en Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Carlos Enrique Cabrera-Pivaral. San Juan Bosco 3782, col Chapalita, Guadalajara, Jalisco, México. Tel-Fax: 01-3-121 03 45; e mail: carlos.cabrera@imss.gob.mx

Recibido primera versión: 2 de diciembre de 2004. Segunda versión: 29 de marzo de 2006. Aceptado: 25 de mayo de 2006.

a random-defined level in 14%. There were no significant differences when clinical aptitude was correlated with sex, shift, type of contract, specialty and years of experience.

Discussion. The main objective of a family dysfunction diagnosis is to reestablish the normal flow of a family's vital cycle with the support of a specialized physician. It has been reported that clinical aptitude measurement is useful to discriminate and establish the aptitude level of experiment and non-experiment physicians with the aim of creating educational opportunities.

A slight advantage, with no significant difference, was appreciated in physicians who attended patients in their offices, which suggests they are in a better position to gain a higher level of trust from their patients. This is due to the fact that they attend a regular set group of patients assigned to their offices.

Since the education of family physicians is aimed at offering an integral care to families, family dysfunction recognition is essential. Results also suggest a non-significant advantage from family physicians with curricular education (not all family physicians working at the IMSS have a degree in Family Medicine).

Experienced physicians (10 to 19 years on the job) showed another non-significant advantage, which pointed to the value of clinical practice. This is a powerful reason to promote continuous educational programs for family physicians.

Family physicians who worked the morning shift showed a non-statistical advantage over their afternoon shift counterparts. This could be explained by the fact that educational and other institutional activities are more likely to take place in the morning.

The educational model of family physicians should promote the physicians' involvement in understanding how to become active elements in gathering their own knowledge. Such a model should promote physicians' initiatives for the development of an experience based on constructive critic.

The current health care model is mainly focused on a biological interpretation of the health-disease process. However, this is only a partial approach which prevents the implementation of an integral clinical practice. From our research, we expect changes in institutional health care orientation and a reframing of the curricula of general and family physicians?

Although the acquisition of clinical aptitude requires the physicians' experience and involvement in developing their own knowledge, our results do not reflect this ideal condition. This is due to the low percentage of clinical aptitude, which correlates with an evident inability for research and interpretation.

Half of the physicians were capable of elaborating diagnostic hypothesis and two thirds of them showed a adequate use of diagnostic resources, such as clinical tests, functional family diagnostic instruments and a guide to conform an integral family workup. All these should be useful educational tools to establish the social functions diagnosis of a family's members, together with their formal and informal roles and their importance in the health-disease process.

Guidance requires the ability to judge decisions taken by other professionals and make suggestions for alternative actions in case reports. This latter skill includes the use of therapeutic resources for only less than half of the physicians know how to properly use these resources.

The use of instruments to measure aptitude, competency and work performance is a growing practice in continuous education and human resources formation. Even though these instruments are capable of discriminating high clinical aptitude, they cannot

be used to account for this non-significant advantage, because educational activities are conceived as the consumption of information and not as the acquisition of it from each one's experience. Overall, 58% of the family physicians showed a low level of clinical aptitude. Such a result reflects a poor ability to integrate daily experience.

Key words: Clinical aptitude, family dysfunction, family physicians, family dynamics.

RESUMEN

Es necesario que los médicos familiares identifiquen oportunamente la disfunción familiar. Estos especialistas deben estar capacitados para interpretar las dificultades potenciales de la familia con el objeto de orientar el manejo y el tratamiento de éstas desde una perspectiva integradora.

Identificar los factores de riesgo de la disfunción familiar implica la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad, que presente uno o más integrantes de una familia y que se relacionen con ella o reflejen una alteración en la dinámica de la misma.

El indicador de indagación alude a la capacidad del médico para sondear, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas, los factores que intervienen en la disfunción familiar.

A su vez, el indicador de interpretación trata del uso pertinente de recursos diagnósticos, del manejo de pruebas clínicas, del uso de instrumentos de diagnóstico de la funcionalidad de la familia y de la guía para elaborar estudios integrales de la salud familiar. Estos estudios deben convertirse en contenidos educativos que orienten el papel social de la familia y que consigan también la integración de un diagnóstico de la tipología, las funciones sociales y los roles formales e informales de la familia en estudio, así como la importancia de éstos en la generación de un estado de salud o enfermedad en el seno familiar.

Por último, el indicador de orientación exige una capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones. Además, él debe saber usar los recursos terapéuticos necesarios y jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud-enfermedad.

Cada vez es más frecuente el uso de instrumentos de medición para evaluar la aptitud, la competencia y el desempeño laboral, tanto en el caso de los procesos formativos de recursos humanos como en el de la educación continua para el trabajo. Estos instrumentos buscan discriminar entre la aptitud clínica y la experiencia clínica. Sin embargo, aún deben incorporar elementos de confiabilidad en su construcción, a fin de evitar sesgos en la información.

El propósito del presente trabajo fue medir la aptitud del médico familiar para tratar la disfunción familiar, en una muestra representativa, en cuatro Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Guadalajara, Jalisco, México.

El instrumento, estructurado y validado, se aplicó al azar a 200 médicos. La principal variable fue la aptitud clínica: indagación de factores de riesgo, interpretación y uso de auxiliares de diagnóstico y orientación de la disfunción familiar en la práctica de su profesión. Se utilizó una escala ordinal que definió niveles de aptitud y se relacionó con otras variables por medio de la mediana, la U de Mann Whitney y la prueba de Kruskal-Wallis.

Los resultados globales reflejaron una mediana de 75 puntos con un rango de 38 a 160; una aptitud clínica alta para 3% de los

médicos familiares (> de 140 pts.); y no mostró significación estadística al relacionar otras variables (KW: $p > 0.05$).

El instrumento aplicado sirvió para determinar una aptitud clínica alta (>140 puntos) del médico familiar para identificar la disfunción familiar. Aun así, no ayuda a orientar sobre variables cualitativamente responsables de esta ventaja carente de significación estadística, debido a que ambos grupos de estudio se han formado y reciben actividades de educación continua más relacionadas con el consumo de información, y no con la generación de conocimiento a partir de su experiencia. Esto determina que los indicadores de indagación e interpretación sean mayores al de orientación. Dichos indicadores reflejan limitaciones para identificar y orientar la disfunción familiar, así como también señalan la falta de ambientes favorables para reflexionar acerca de ellos y poner en práctica estrategias educativas.

Palabras clave: Aptitud clínica, disfunción familiar, médicos familiares, dinámica familiar.

INTRODUCCIÓN

La familia funciona como un sistema dinámico, en que los elementos se estimulan mutuamente para cumplir expectativas y objetivos comunes.

El desarrollo familiar se concibe como una sucesión de cambios en la forma y función de la familia a lo largo de su ciclo vital, en una secuencia ordenada de etapas evolutivas. Estas etapas se relacionan con el tamaño de la familia, las variantes en su composición y los cambios en la posición laboral de sus miembros. Cuando se producen cambios notables en la familia, se hace necesario un reordenamiento de la misma y así se inicia una nueva etapa evolutiva de la familia (Minuchin, 1977).

La dinámica familiar se compone de un conjunto de fuerzas positivas y negativas que afectan el comportamiento de cada miembro de la familia; sobra decir que un buen equilibrio y un buen funcionamiento propician la evolución familiar. En esta imagen evolutiva la familia pasa de una etapa a otra, enfrentando dificultades que se traducen a su vez en la acumulación de factores estresantes esperados o no. Lo anterior obliga a responder con cambios internos y externos que permiten transformar a la familia a fin de que afronte las nuevas circunstancias sin perder su continuidad ni funcionalidad. La imposibilidad de transformarse ocasiona la incompatibilidad de las tareas evolutivas de los miembros de la familia, problema que se conoce como disfunción familiar.

Esta disfunción requiere una oportuna identificación, por parte de los trabajadores de la salud, desde una perspectiva clínica integral. En la consulta externa el médico familiar tiene la responsabilidad, a partir de su formación académica, de reconocer las dificultades potenciales de la familia con respecto a su desarrollo y

facilitar la compatibilidad de las tareas evolutivas de cada miembro para restablecer así el flujo normal de su ciclo vital (Falicov, 1991).

La aptitud clínica del médico familiar consiste en el conjunto de capacidades expresadas en la identificación de signos y síntomas de la disfunción familiar, de indicadores para la integración y el uso de recursos para el diagnóstico y tratamiento. Esto incluye, además, la observación de las conductas iatrogénicas (por omisión y por comisión) (Viniegra, 1991).

La aptitud del médico familiar ante la disfunción familiar se explora mediante el modelo integrador de la salud familiar. Este tiene como fundamento el estudio de la familia como sistema, y requiere un análisis de los subsistemas biológicos, las pautas de conducta y convivencia, y del contexto social de la familia. Desde esta perspectiva, el propósito de nuestro trabajo fue identificar la aptitud clínica del médico familiar ante la disfunción de la familia. Esta necesita reconocer los indicadores de disfunción mediante la indagación de factores de riesgo, el uso e interpretación de auxiliares de diagnóstico y la orientación acerca de los factores y condiciones relacionadas con la compatibilidad y funcionalidad familiar (Angoff, 1971).

Se reporta el estudio relativo a la competencia y el desempeño de los médicos por medio de un instrumento estructurado y validado a partir de casos clínicos de la consulta externa de médicos familiares con el objetivo de discriminar y evaluar el ejercicio clínico de los médicos (Sabido, Viniegra, 1999).

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño es transversal y observacional. El universo de estudio se conforma de un total de 450 médicos familiares del primer nivel de atención de las Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona metropolitana de Guadalajara. Dentro de los criterios de inclusión, se consideró a médicos familiares con contratación definitiva y temporal, de los turnos matutino y vespertino, de sexo femenino o masculino, y que verbalmente aceptaron participar en el estudio y contestaron la totalidad de las preguntas del instrumento aplicado.

Los criterios de exclusión fueron: médicos familiares de los servicios de urgencias, del turno nocturno, en vacaciones, con permiso o becados al momento de la recolección de la información, otros que no aceptaron participar, o médicos que no contestaron la totalidad de las preguntas del instrumento. La unidad de análisis fue la aptitud clínica para identificar la disfunción familiar.

El muestreo se realizó en dos etapas. En la primera se seleccionó a cuatro (17.4%) de 23 unidades médicas

mediante el muestreo aleatorio simple. La segunda etapa integró la unidad de muestra con 200 médicos familiares de las Unidades de Medicina Familiar.

La principal variable de estudio es la aptitud clínica del médico familiar para identificar la disfunción familiar, reconocida como la capacidad de interpretar, evaluar y formular propuestas acerca de los factores que inciden en la salud de los miembros de una familia (Mercado, 2001). Dicha aptitud se conceptualiza y valora en tres áreas: 1. *Identificación de factores de riesgo*. Consiste en la comprensión que se posee de los factores de riesgo o de la indagación de los mismos. 2. *Integración diagnóstica*. Consiste en la integración más apropiada de los datos clínicos y en guiar el estudio diagnóstico con una visión totalizadora de la familia. 3. *Identificación de propuestas y orientación*. Alude a las propuestas y a la capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evaluación y para proponer acciones alternativas. Comprende, además, la capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud-enfermedad. Como se ve, la aptitud clínica es el resultado de una evaluación global.

Otras variables de estudio son: *Características sociodemográficas*. Estas se refieren al sexo y la edad; y *Condiciones laborales*. Abarcan la especialidad, la antigüedad en la práctica profesional, el horario laboral, el tipo de contratación y la zona de adscripción.

Instrumentos: El instrumento, diseñado por uno de los coautores de este artículo, se concibió a través de una perspectiva basada en una integración de la teoría y la práctica –casos clínicos–, y utiliza indicadores que se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicadas a situaciones clínicas.

Con el objeto de reproducir lo más fielmente posible la realidad clínica, los casos aquí considerados son reales y se presentan en forma condensada, divididos en fragmentos. Les sigue una serie de preguntas que permiten indagar acerca de los indicadores investigados, con tres opciones de respuesta: “verdadero”, “falso” y “no sé”. Consta de 187 preguntas, de las cuales 94 deben contestarse con la opción “verdadero” y 93 con la opción “falso”.

Cada respuesta vale un punto, una respuesta incorrecta resta un punto y la respuesta “no sé” es igual a cero. El resultado final se obtiene de la suma de las respuestas correctas a las que se restan las incorrectas.

El número de enunciados por indicador es: 42 que exploran el manejo de indicadores clínicos familiares; 24 para el uso de recursos diagnósticos; 19 para el de recursos terapéuticos; 36 reactivos dedicados a evaluar el conocimiento que posee el médico sobre la so-

ciología de la familia y 42 sobre la psicología familiar, y 24 están diseñados para indagar lo correspondiente a propuestas relativas a la disfunción familiar. El instrumento se validó y estandarizó en médicos residentes de la especialidad de medicina familiar en el DF, México. Su índice de confiabilidad de K de Richardson es de 0.90.

El nivel de medición de la aptitud clínica se integró con los siguientes grados (Viniegra y Jiménez, 1991): 1. definidos por el azar <60 puntos, 2. nivel bajo de 60 a 99 puntos, 3. nivel medio de 100 a 149 puntos y 4. nivel alto de más de 140 puntos. Posteriormente, se relacionó el nivel con las principales variables de estudio.

Método de análisis de la información: Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Para el criterio descriptivo se aplicaron la mediana y el porcentaje. En el criterio inferencial se usó la U de Mann-Whitney para las variables con medición ordinal y grupos no relacionados, junto con la prueba de Kruskal-Wallis para la medición ordinal y la comparación de más de dos grupos no relacionados. Se practicaron una calificación de instrumentos de medición de aptitud clínica, un concentrado y una captura de la información, así como procesamiento de datos. Para este fin se utilizó una PC equipada con los programas EPI- Info 6 y SPSS Plus.

Consideraciones éticas: De acuerdo con el “Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud” (Ley General de Salud), el presente trabajo se considera investigación sin riesgo (art. 17). Se contó con el consentimiento informado verbal de cada participante en la investigación (art. 14) (SS, 1990).

RESULTADOS

En el cuadro 1 se describen las características generales de la muestra de estudio; los datos son similares a los de la población general de los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco.

En el cuadro 2, que se refiere a la aptitud clínica para identificar la disfunción familiar según la unidad médica, se observa que las unidades B y D presentan en su aptitud global medianas de 105 y 102 con rangos similares, y no se encuentran diferencias significativas entre los subíndices y las unidades médicas ($p = >0.05$). Se observa, asimismo, una mediana mayor para el índice de integración diagnóstica y una menor para el índice de propuestas y orientación.

En el cuadro 3 se observa el nivel de aptitud clínica. Aquí se encontró que 3% manifestó una aptitud clínica alta, 25% una aptitud clínica media, 58% una aptitud clínica baja y 14% dio respuestas emitidas al azar.

CUADRO 1. Datos generales de los médicos familiares

Categoría laboral	Frecuencia	Porcentaje
Base	168	84
Eventual	32	16
Total	200	100
<i>Antigüedad laboral</i>		
< 10 años	37	19
10-19	91	45
> 20	72	36
Total	200	100
<i>Sexo</i>		
Masculino	80	40
Femenino	120	60
Total	200	100
<i>Años médico familiar</i>		
< 10 años	56	28
10-19	72	36
> 20	72	36
Total	200	100
<i>Turno laboral</i>		
Matutino	104	52
Vespertino	96	48
Total	200	100

Al relacionar la aptitud clínica para identificar la disfunción familiar según el sexo, la categoría laboral de contrato, la antigüedad laboral, la posesión de una especialidad médica y el turno laboral, no se aprecia una diferencia estadísticamente significativa en los trabajadores de la salud.

DISCUSIÓN

La disfunción familiar supone un estancamiento en el desarrollo de la familia. El objetivo fundamental del reconocimiento de tal disfunción será restablecer el flujo normal del ciclo vital familiar mediante el apoyo de terapeutas expertos en el tema. Lograr este reconocimiento es de fundamental importancia para determinar el momento y el modo en que una transición normal del ciclo se transforma en un estado de crisis.

Se ha reportado la utilidad de la medición de la aptitud clínica mediante instrumentos como los que hemos usado para discriminar la aptitud clínica, además de que sirve para delinear el nivel de aptitud -en el tránsito entre un médico novato y otro experto-, con la finalidad de impulsar procesos educativos que lle-

CUADRO 3. Nivel de la aptitud clínica de médicos familiares para identificar la disfunción familiar, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

Aptitud clínica	Frecuencia	Porcentaje
Alta	>140	6
Media	100-139	50
Baja	60-99	116
Azar	<60	28
Total		200

ven a un dominio progresivo a partir de procesos educativos intencionales.

Una aptitud clínica media (> 100 puntos) para identificar la disfunción familiar se considera para 25% (50 médicos). La leve ventaja detectada, sin diferencia estadística, de los médicos familiares de base indicaría que es más probable que estos profesionales de la salud logren una relación médico-paciente más estrecha. Ello se debe a que trabajan con una población fija adscrita a un consultorio y, de esta manera, es más fácil que surja la confianza entre el paciente y el médico. Este será un factor que facilite la identificación de problemas no sólo de orden biomédico, sino también psicosocial (Hull y cols., 1995).

La formación de especialistas en medicina familiar busca dotar de herramientas teóricas y metodológicas idóneas a los médicos (Searle y cols., 2000) para que ofrezcan una atención integral a la familia. Una de estas herramientas tiene que ver con la identificación de la disfunción familiar. Los resultados de nuestro estudio sugieren una leve ventaja, aunque no significativa, en cuanto al perfil curricular y a una práctica clínica más orientada a la medicina psicosocial. Tales resultados son similares a los reportados por Chávez (2002) al explorar la aptitud clínica de los residentes de medicina familiar.

Los años de ejercer la medicina familiar confieren al trabajador de la salud una vasta experiencia, en muy diversas situaciones y condiciones, para brindar una atención integral de la familia. Así, los médicos que poseían una antigüedad de 10-19 años, mostraron más aptitud clínica para identificar la disfunción familiar sin diferencia estadística. Lo anterior es similar a lo reportado en la formación de recursos humanos en salud

CUADRO 2. Indicador de la aptitud clínica de médicos familiares para identificar la disfunción familiar por unidad médica, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México

Indicador/unidad médica	Factores de riesgo (Mdn rango)	Integración diagnóstica (Mdn rango)	Propuestas y orientación (Mdn rango)	Global (Mdn rango)	P**
(Total teórico)	(78)	(66)	(43)	(187)	
A (n = 55)	38(12-48)	43(25-48)	17(12-46)	88(38-130)	0.02
B (n = 45)	30(25-53)	44(25-58)	18(12-45)	105(48-160)	0.01
C (n = 52)	37(15-50)	43(25-59)	23(15-38)	95(55-150)	0.04
D (n = 48)	34(23-55)	41(27-55)	19(13-43)	102(44-150)	0.01
P*	0.55	0.65	0.45	0.38	

* Kruskal-Wallis

** ji cuadrado de % del total teórico de cada indicador

durante los años de especialización (Viniestra y Jiménez, 1992; Viniestra y Jiménez, 1991). Este resultado se relaciona con una mayor exposición a experiencias de aprendizaje durante su práctica clínica. Este mismo hecho debe ser motivo para continuar buscando oportunidades para mejorar la formación de los médicos especialistas y la educación médica continua de los médicos familiares (Minuchin, 1977; Satir, 1986).

La diferencia de turnos laborales no debería implicar diferencia alguna en los recursos e infraestructura que ofrecen los servicios de salud en el desempeño de sus actividades. No obstante, la realidad contradice lo anterior, ya que nuestro estudio detectó que los médicos familiares del turno matutino contaban con una ventaja no estadística para identificar la disfunción familiar, sobre sus colegas del turno vespertino. Este hecho puede atribuirse a que la mayoría de las actividades de educación continua se desarrollan por la mañana y que otras actividades propias de la organización institucional son de prioridad matutina. Sin embargo, relacionar el valor con el otro turno no muestra diferencias debido a que la modalidad educativa favorece el modelo educativo tradicional (Chávez, 2002; Gutiérrez, 2001).

La aptitud clínica del médico familiar se desarrolla primordialmente por medio de procesos formativos en que se reconoce una educación para la participación. A su vez, ésta se entiende como un acto educativo que forma parte del progreso social, que permite la apropiación del conocimiento y que resalta la importancia del manejo de la familia como unidad de análisis del proceso de salud-enfermedad de la medicina familiar en un modelo de atención (Sabido, 1999; Gardner, 1996; Sánchez, 1994).

Así, el modelo educativo de formación y educación continua debe propiciar la participación de los médicos familiares y lograr que éstos la reconozcan como una forma de convertirse en protagonistas de la elaboración de su propio conocimiento. Asimismo, debe desencadenar y orientar las iniciativas de los estudiantes al promover el desarrollo de una experiencia mediada por la crítica.

El modelo de atención a la salud actualmente hegemónico hace una interpretación más biologicista de la problemática de la salud-enfermedad. Este hecho contribuye a que la práctica clínica se oriente a reconocer factores de orden biológico en la disfunción familiar, lo cual propicia a su vez una visión distorsionada y fragmentada de la incompatibilidad familiar. Esto lleva, en última instancia, a que la práctica clínica no consiga integrar el enfoque psicosocial del ciclo vital de la familia.

Desde la perspectiva de nuestro estudio, esperamos que, en un mediano plazo, se reoriente la oferta de servicios de salud de parte de las instituciones responsables y, al mismo tiempo, que se redefina el replantea-

miento curricular de la formación del médico general y especialista (Larios, 1998). Así también son de esperarse el análisis y la consolidación de la medicina de la familia por parte de las instituciones de educación superior que avalan la formación de estos profesionistas (Gardner, 1996).

El desarrollo de la aptitud clínica requiere ambientes que propicien la reflexión del médico, así como la crítica de los contenidos temáticos y de la propia experiencia en la adquisición de conocimiento. Sin embargo, esta condición no se refleja en los resultados, por la abrumadora predominancia que tiene la baja aptitud clínica, la cual refleja una clara incapacidad para indagar e interpretar, y que se revela como un indicador de orientación de la disfunción familiar (Satir, 1986; Vásquez-Garibay, 2003).

La identificación de factores de riesgo para la disfunción familiar se centra en la exploración de los posibles signos y síntomas de enfermedad que presente uno o más integrantes de una familia, los cuales se relacionan con una alteración en la dinámica familiar o son un reflejo de la misma (Satir, 1986; Gardner, 1996; Vásquez-Garibay, 2003). Este indicador alude a que la mitad de los médicos familiares muestran la capacidad para indagar dichos factores, mediante la elaboración de hipótesis diagnósticas.

Dos terceras partes de los médicos familiares hacen un uso pertinente de los recursos diagnósticos fundamentalmente en el caso del manejo de las pruebas clínicas, el uso de instrumentos de diagnóstico funcional de la familia y el empleo de la guía para elaborar estudios integrales de la salud familiar. Estos resultados deben convertirse en contenidos educativos que orienten el papel social de la familia: integración de un diagnóstico de la tipología, funciones sociales, roles formales e informales de la familia en estudio y su importancia en la generación de salud o enfermedad en el grupo familiar (Minuchin, 1977; Satir, 1986).

La aptitud de orientar y proponer requiere una capacidad del profesional médico para juzgar la pertinencia de las decisiones tomadas en los casos familiares presentados en el instrumento de evaluación y proponer acciones alternativas (Gardner, 1996; Sánchez, 1994; Vásquez-Garibay, 2003). También implica el uso de recursos terapéuticos: capacidad para jerarquizar el manejo integrador de la familia en las esferas biológica, psicológica y social del proceso salud-enfermedad. Menos de la mitad de los médicos familiares logran ambas aptitudes y éstas se reconocen como más complejas por su profundidad y refinamiento que un aprendizaje autónomo.

La utilización de instrumentos de medición para la aptitud, la competencia y el desempeño laboral (Gutiérrez, 2001; Rothman, 1996; Sánchez, 1994; Vásquez

Garibay, 2003) es cada vez más frecuente tanto para procesos formativos de recursos humanos (Chávez, 2002; Garfías 1997) como de educación continua para el trabajo. Aunque estos instrumentos buscan discriminar la aptitud clínica y la experiencia clínica, aún deben reunir un requisito de confiabilidad en su construcción que permita evitar los sesgos de información.

El instrumento aplicado es capaz de discriminar la aptitud clínica alta (>140 puntos) del médico familiar para identificar la disfunción familiar. Aun así, no contribuye a orientar sobre variables cualitativamente responsables de esta ventaja sin significación estadística, debido a que ambos grupos de estudio se han formado y reciben actividades de educación continua más dirigidas al consumo de información, y no con la generación de conocimiento a partir de su experiencia. Esto provoca que los indicadores de indagación de los factores de riesgo y el uso y la interpretación de auxiliares de diagnóstico sean mayores al de orientación.

Se observa una leve ventaja en los médicos con contratación definitiva en la institución, con formación de médicos especialistas en medicina familiar, con más de 10 años de antigüedad y que se desempeñan laboralmente por la mañana. Sin embargo, en la calificación global de la aptitud clínica, 58% de los médicos familiares presenta un estadio bajo y refleja una escasa capacidad de reflexión de la experiencia cotidiana en cuanto a la disfunción familiar.

REFERENCIAS

1. ANGOFF WA: Scales, norms and, equivalent scores. En: Thorndike RL (ed). *The Educational Measurement*. American Council on Education, Washington, 1971.
2. CHAVEZ V, AGUILAR M: Aptitud clínica en el manejo de la familia, en residentes de Medicina Familiar. *Rev Med IMSS*, 40(6):477-481, 2002.
3. FALICOV C: *Transiciones de la Familia*. Amorrortu, Buenos Aires, 1991.
4. GARDNER W, NUTTING PA, KELLEHER KJ: Does the family Apgar effectively measure family functioning? *Aten Primaria*, 17:338-41, 1996.
5. GARFIAS GG, AGUILAR ME, VINIEGRA VL: Cómo explorar las aptitudes de los médicos residentes de traumatología y ortopedia en traumatismo cráneo encefálico. *Revista Medica IMSS*, 35:233-237, 1997.
6. GUTIERREZ GSN, AGUILAR ME, VINIEGRA VL: Validación de un instrumento para evaluar la competencia clínica del médico familiar. *Revista Medica IMSS*, 37:201-210, 2001.
7. HULL AL, HOODER S, BERGER B, GINSBERG D, LINDHEIM N, QUAN J: Validity of three clinical performance assessments of internal medicine clerks. *Acad Med*, 70:517-522, 1995.
8. LARIOS MH, TREJO MJA, CORTES GT: Evaluación de la competencia clínica. *Revista Medica IMSS*, 36:77-82, 1998.
9. MERCADO BJL, VINIEGRA VL, LEYVA GA: Aptitud para la lectura crítica de informes de investigación clínica en médicos residentes del IMSS en Jalisco. *Revista Medica IMSS*, 53(5):413-421, 2001.
10. MINUCHIN, S: *Familias y Terapia Familiar*. Granica, Barcelona, 1977.
11. ROTHMAN AI, BLACKMORE D, COHEN R, REZNIC R: The consistency and uncertainty in examiners' definitions of pass/fail performance on OSCE stations. *Ev Heakt Prof*, 16: 322-332, 1996.
12. SABIDO SMC, VINIEGRA VL: Competencia y desempeño en la evaluación del médico: estudio con pacientes diabéticos en el primer nivel de atención. En: *IMSS: La Investigación en la Educación: Papel de la Teoría y de la Observación*. Editorial del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1999.
13. SANCHEZ TE, PEREZ CL, NAVARRO LME, KUMAZA-GUA IM y cols.: Dinámica Familiar: metodología para su evaluación. *Am J Dis*, 7:48-52, 1994.
14. SATIR V: *Psicoterapia Familiar Conjunta*. Editorial Prensa Medica Mexicana, p 86-8, México, 1986.
15. SEARLE, J: Defining competency-the role of standard setting. *Med Educ*, 34:363-366, 2000.
16. SECRETARIA DE SALUD: *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Editorial SSA, México, 1990.
17. VASQUEZ-GARIBAY E, SANCHEZ TE, NAVARRO LME y cols: Instrumento de Medición de la dinámica de la familia nuclear mexicana: un enfoque cuantitativo. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 60:33-52, 2003.
18. VINIEGRA L, JIMENEZ JL, PEREZ-PADILLA JR: El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Revista Medica IMSS*, 43:87-95, 1991.
19. VINIEGRA L, JIMENEZ JL: Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Revista Investigación Clínica*, 44:269-75, 1992.