

Artículo original

Aptitud en médicos residentes de Medicina Familiar para la evaluación integradora de la familia

Family Medicine Resident Doctor Ability for Integrative Assessment of the Family

Aptidão médica dos residentes de medicina da Família para avaliação integradora da família

Haydee A. Martini-Blanquel,* Norma C. Necochea-Silva**

ATEN FAM 2017;24(3)

Palabras clave: familia, aptitud, estudios de validación

Key words: family, ability, validation studies

Palavras chave: família, aptidão, estudos de validação

*Profesora del curso de especialización en Medicina Familiar, unidad de medicina familiar (UMF) no.33 "El Rosario", Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Jefa del área de Profesionalización Docente y Formación Académica, Coordinación de Educación en Salud, División de Innovación Educativa, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia:

Haydee A. Martini-Blanquel
haydee.martini@imss.gob.mx

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Resumen

Objetivo: determinar la aptitud para la evaluación integradora de la familia en un grupo de médicos residentes en Medicina Familiar. **Métodos:** estudio observacional, transversal y comparativo, para el cual se elaboró y validó un instrumento que explora la aptitud para la evaluación integradora de la familia. Su consistencia interna se calculó con la prueba de Kuder-Richardson 20, posterior a una prueba premuestreo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar las dos mitades del instrumento (semipartición) y corroborar si existía o no diferencia entre ellas. Se determinó el número de posibles respuestas esperadas por el azar con la prueba de Pérez-Padilla y Viniegra. Finalmente el instrumento evaluó a 49 residentes en Medicina Familiar de los tres años de una sede académica. **Resultados:** la consistencia interna del instrumento fue de 0.9. Al hacer la comparación de las dos mitades, se obtuvo una p de 0.47. Al aplicar el instrumento, 65% de la muestra se ubicó en el grado bajo, 25% en el grado muy bajo y 10% en el intermedio. No existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grados evaluados ($p>0.5$). **Conclusiones:** el instrumento elaborado es válido y confiable. La aptitud para la evaluación integradora de la familia en los médicos residentes está poco desarrollada, independientemente de los años de experiencia, por lo que es necesario un cambio en la labor docente, apoyándose en estrategias educativas más efectivas.

Sugerencia de citación: Martini-Blanquel HA, Necochea-Silva NC. Aptitud en médicos residentes de Medicina Familiar para la evaluación integradora de la familia. *Aten Fam.* 2017;24(3):126-130.

Summary

Objective: to determine the ability of integrative assessment of the family in a group of resident doctors in Family Medicine. **Methods:** observational, cross-sectional and comparative study for which it was developed and validated an instrument that explores the ability of an integrative assessment of the family. Its internal consistency was calculated with the Kuder-Richardson 20 test after a pre-sampling, the U of Mann-Whitney was used to compare the two halves of the instrument (semi-partition) and to confirm if there is or there is not difference between them. The number of possible answers expected were randomly determined with the Perez-Padilla and Viniegra test. Finally the instrument evaluated 49 residents in Family Medicine from the three years of an academic office. **Results:** the internal consistency of the instrument was 0.9. When comparing the two halves, it was obtained a $p=0.47$. Applying the instrument, 65% of the sample had low grade, 25% in very low grade and 10% in the intermediate. There were no statistically significant differences between the three assessed grades ($p>0.5$). **Conclusions:** the elaborated instrument is valid and reliable. Ability to integrative assessment of the family in residents doctors is little developed, regardless of the years of experience, so it is necessary a change in teaching, based on more effective educational strategies.

Resumo

Objetivo: determinar a aptidão para a avaliação integrativa da família em um grupo de médicos residentes em medicina de família. **Métodos:** estudo observacional, transversal e comparativo, para o qual foi desenvolvido e validado um instrumento que explora a aptidão

para a avaliação integradora da família. A consistência interna foi calculada com Kuder-Richardson 20 posterior a um teste de pré-amostragem; o teste de Mann-Whitney foi utilizado para comparar as duas metades do instrumento (semipartição) e corroborar se havia diferenças entre eles. Foi determinado o número de possíveis respostas esperadas pelo teste aleatório Pérez-Padilla e Viniegra. Finalmente o instrumento avaliou 49 residentes de medicina familiar nos três anos de formação acadêmica. **Resultados:** a consistência interna do instrumento foi de 0.9. Ao comparar as duas metades, obteve-se um p de 0.47. Ao aplicar o instrumento 65% da amostra estava no nível baixo; 25%, em nível muito baixo e 10% no intermediário. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as três classes testadas ($p>0.5$). **Conclusões:** o instrumento desenvolvido é válido e confiável. A aptidão para avaliação integrativa da família por parte de médicos residentes é pouco desenvolvida, independentemente dos anos de experiência, sendo assim necessária uma mudança no ensino, contando com estratégias educativas mais eficazes.

Introducción

Para hablar de familia es necesario definirla como un grupo social, su forma "prototipo" tradicional es nuclear como unidad de procreación, pues sigue siendo la manera más frecuente de entenderla; no obstante, la realidad muestra una variedad de organizaciones familiares que escapan a la norma y por lo tanto, esta concepción resulta restrictiva. Además, en este lenguaje considerado "cotidiano", el vocablo "familia" no suele designar ni considerar una variedad de acontecimientos sociales significativos.¹

En el estudio de la familia predomina la teoría general de los sistemas, la cual pretende abordarla como un todo, considerando sus componentes y la interacción entre ellos.² Sin embargo, esta teoría no es más que una consecuencia de la presencia del paradigma imperante de disyunción, reducción, simplificación y exclusión, el cual atomiza y aísla a las diversas disciplinas y a los objetos de conocimiento (en este caso, las familias) respecto a su ambiente y al observador, desintegrando las entidades globales y las organizaciones complejas, en provecho de las unidades elementales que las constituyen.³

Un camino divergente a esta visión es el que ofrece la reflexión crítica, pues a través de situaciones problematizadas el médico aprende progresivamente a dudar, a cuestionar el quehacer cotidiano, a indagar y proponer soluciones para resolver problemas que aquejan al paciente y su familia, mejorando con ello su práctica profesional.^{4,5} En este sentido, la aptitud alude a un conjunto de habilidades metodológicas y prácticas entrelazadas que confieren poderosos recursos de crítica y autocrítica a la experiencia reflexiva, en una direccionalidad de superación permanente.⁶

Actualmente existen referentes que han realizado la evaluación de las familias, tanto desde la visión de la teoría general de los sistemas,⁷ como del enfoque de la participación, que propone el no consumir información, sino elaborarla y transformarla con base en la reflexión crítica de la experiencia.⁸⁻¹¹ Sin embargo, dichas investigaciones resultan diferentes a esta propuesta, pues en este acercamiento se considera a la evaluación de las familias como un proceso dinámico y continuo, caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización, que incluye la obtención y el análisis de

Martini-Blanquel HA y col.

información para la identificación de problemas y potencialidades de familias, con la finalidad de llevar a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada uno de los miembros de la familia.¹² Bajo esta concepción, se propicia que el alumno conozca la realidad social, posibilitando que se adentren en el conocimiento de ellos mismos (más allá de las situaciones clínicas), de los pacientes, de las familias y de su contexto, superando la mirada disciplinaria, propia de la especialización excluyente y efecto de la división del trabajo.^{13,14} Por ello, el objetivo de esta investigación fue evaluar la aptitud para la evaluación integradora de la familia en un grupo de médicos residentes en Medicina Familiar.

Métodos

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y comparativo, con el propósito de determinar la aptitud para la evaluación integradora de la familia de los médicos residentes en Medicina Familiar, para lo cual se construyó un instrumento en el que se utilizaron cinco casos familiares reales, problematizados, basados en el perfil profesional del médico familiar. Dichos casos incluyeron patologías frecuentes en Medicina Familiar y cada uno se ubicó en alguna de las cinco fases del ciclo vital familiar: matrimonio; expansión; dispersión; independencia, retiro; y muerte.¹⁵⁻¹⁸ El instrumento incluyó enunciados en forma de aseveración, con opción de respuesta: falso, verdadero y no sé. La validación de contenido se hizo mediante rondas de revisión de cinco expertos, los cuales se eligieron debido a su cercanía con el concepto de “aptitudes”, propuesta por Viniegra, con el objetivo de denotaran cierto ejercicio de la

crítica.¹⁴ Finalmente, el instrumento incluyó 188 enunciados. Cabe resaltar que algunos de ellos, por sus características, permitieron valorar dos o más indicadores a la vez, por lo que para el análisis de los mismos se contabilizaron 216 enunciados, distribuidos en ocho indicadores de la siguiente forma: tipología familiar (28 enunciados), ciclo vital familiar (21 enunciados), crisis familiares (34 enunciados), funciones familiares básicas (18 enunciados), estructura y dinámica familiar (38 enunciados), comunicación (16 enunciados), cohesión y adaptabilidad (16 enunciados) e identificación de factores de riesgo y protección familiar (45 enunciados).

Posteriormente se realizó una prueba premuestreo con 20 médicos residentes en Medicina Familiar de una sede académica, aplicando la fórmula 20 de Kuder-Richardson para obtener el coeficiente de confiabilidad del instrumento y la prueba U de Mann-Whitney para comparar las dos mitades del mismo (semipartición), y corroborar si existía o no diferencia entre ellas.^{19,20} También se estimó el número de posibles respuestas esperadas por azar (prueba de Pérez-Padilla y col.),²¹ se estableció una escala de evaluación con los siguientes niveles: explicable por el azar (de -188 a 26 puntos), muy baja (de 27 a 59 puntos),

baja (de 60 a 92 puntos), intermedia (de 93 a 124 puntos), alta (de 125 a 156 puntos) y muy alta (de 157 a 188 puntos). Finalmente, para la aplicación del instrumento se incluyó a 49 médicos residentes del curso de especialización en Medicina Familiar de otra sede académica (de los tres años académicos), se excluyeron a aquellos que se encontraban en rotación de campo.

Para la ubicación de los alumnos según el grado de aptitud se hizo el cálculo de la mediana con las puntuaciones obtenidas, identificando la calificación máxima y mínima en los resultados globales y por indicador. También se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar a los grupos (en calificaciones globales y por indicador), se estableció si existían diferencias en el desarrollo de dicha aptitud, se utilizó el programa estadístico SPSS v. 21.^{19,20}

Esta investigación fue aprobada por el comité local de ética y todos los participantes aceptaron colaborar con el estudio libremente sin que influyera el hecho de ser un grupo cautivo (estudiantes).²²⁻²⁴ Asimismo, se protegió la confidencialidad de los alumnos, pues no se solicitaron datos que pudieran identificarlos (tanto en la prueba premuestreo como en la final).²⁵⁻²⁷

Tabla 1. Distribución de los residentes de cada grupo para la evaluación integradora de la familia

Grado de desarrollo de la aptitud	Primer año (n=20)		Segundo año (n=20)		Tercer año (n=9)	
	Núm.	Proporción	Núm.	Proporción	Núm.	Proporción
Muy alto	0	0	0	0	0	0
Alto	0	0	0	0	0	0
Intermedio	2	0.1	1	0.05	2	0.22
Bajo	12	0.6	15	0.75	5	0.56
Muy bajo	6	0.3	4	0.2	2	0.22
Explicable por el azar	0	0	0	0	0	0

Resultados

El coeficiente de confiabilidad del instrumento para la evaluación integradora de la familia con los 188 enunciados fue de 0.9. Al estimar la mediana de cada una de las dos mitades, los resultados fueron 61 y 62.5, respectivamente. Al hacer la comparación de las mismas con la prueba U de Mann Whitney se obtuvo una p de 0.47.

Al aplicar el instrumento en el grupo de estudio, ningún alumno obtuvo una calificación atribuible al azar; la mayoría se clasificaron en los grados bajo (65%) y muy bajo (25%) y 10% del total se encontró en el grado intermedio. Más de la mitad de los médicos residentes de cada grupo se encontró distribuido en el grado bajo, seguido por el grado muy bajo, en la que el número de alumnos

en esta categoría fue mayor en los de primer año comparada con los de segundo y tercer año (seis, cuatro y dos alumnos respectivamente). Ningún médico residente se ubicó en los grados alto, muy alto o en lo explicable por efecto del azar. Sólo una pequeña proporción de los tres grupos se ubicó en un grado de aptitud intermedio (tabla 1).

Si se observa cada uno de los grupos a través de la mediana lograda (tabla 2), la de tercer año es discretamente superior en sus evaluaciones ($n=9$). Sin embargo, al aplicar la prueba de Kruskal-Wallis, se vió claramente que los tres se comportaron de manera semejante ($p>0.5$).

En el análisis por indicadores se observaron diferencias respecto a su dominio a través de las medianas (tabla 3); en el caso del indicador de comunicación, el

grupo de segundo año fue el que obtuvo la calificación más baja en comparación con el resto de indicadores (1.5). Asimismo, los indicadores en los que hubo una diferencia estadísticamente significativa fueron el de crisis familiares y cohesión y adaptabilidad, dichas diferencias fueron a favor del grupo de residentes de primer y segundo año, respectivamente.

Discusión

En los resultados globales se encontró que la mayoría de las calificaciones están distribuidas en los grados bajo y muy bajo, lo cual resulta similar a lo reportado en otros estudios, como el de Chávez y col.,⁸ que evaluaron la aptitud clínica de los médicos residentes en 19 sedes del curso de especialización en Medicina Familiar, y en el cual predominaron las calificaciones bajas en la evaluación global. Asimismo, en el estudio de García y col.,⁹ en el cual se evaluó a un grupo de médicos residentes al inicio y al término de la especialidad, también se observó que en el primer año el nivel de aptitud clínica del médico residente oscila entre lo muy superficial y lo superficial, dicha situación similar a la reportada en el estudio de Dorado y cols.,¹⁰ en el que la mayoría de los médicos residentes se ubicó en un nivel muy bajo al evaluar la aptitud para el estudio integral de la familia.

Con estos resultados, se puede afirmar que el grupo estudiado parece comportarse de la misma forma que otros médicos residentes, es decir, que el desarrollo de aptitudes sigue siendo insuficiente, lo cual puede traducirse como una escasa reflexión en el manejo de las familias, aún en los de tercer año, como también lo señala el estudio de García y col.,⁹ quienes hicieron la medición en un grupo de alumnos al término de su

Tabla 2. Comparación de medianas de las calificaciones globales para la aptitud integradora de la familia

Grupo (número de alumnos)	Mediana (mínima-máxima)
Residentes de primer año (n=20)	73.5 (41-96)
Residentes de segundo año (n=20)	71.5 (51-95)
Residentes de tercer año (n=9)	82 (48-98)
Prueba de Kruskal-Wallis	$p>0.5$ (ns)

Tabla 3. Comparación de las calificaciones por indicador

Indicadores	No. de enunciados	*Residentes de primer año	*Residentes de segundo año	*Residentes de tercer año	Prueba Kruskal-Wallis (valor de p)
Tipología familiar	28	14 (11-20)	14 (6-22)	16 (10-19)	>0.3
Ciclo vital familiar	21	9.5 (-3-15)	11 (5-19)	11 (5-19)	>0.5
Crisis familiares	34	18 (8-26)	15 (6-26)	16 (12-22)	<0.01
Funciones familiares básicas	18	10 (2-16)	9.5 (4-14)	10 (6-12)	>0.3
Estructura y dinámica familiar	38	13.5 (0-23)	14 (-2-26)	15 (6-20)	>0.3
Comunicación	16	6 (0-12)	1.5 (-7-10)	4 (-2-6)	>0.10
Cohesión y adaptabilidad	16	4 (-3-10)	5 (1-9)	4 (-1-7)	<0.01
Factores de riesgo y protección familiar	45	17 (10-25)	14 (6-22)	16 (-1-25)	<0.80
Total	216	*Mediana (mínima-máxima)			

formación, suponiendo que los años de experiencia les darían alguna ventaja. Por ello, se determina que el curso de especialización no parece llevarlos al desarrollo de aptitudes desde una visión integradora.

Por otro lado, en el análisis por indicadores, se observó que el de crisis familiares (que para fines de este estudio tuvo un mayor peso, pues incluye la valoración clínica y familiar), los residentes de primer año se comportaron superiores en comparación a los otros dos grupos, por lo que puede suponerse que existe alguna diferencia (al menos en este rubro) en lo que se propicia dentro de la formación de este grupo.

Finalmente, es importante mencionar las limitaciones de un estudio transversal, pues sería sesgado atribuir en su totalidad la influencia del curso de especialización en el bajo desarrollo de la aptitud para la evaluación integradora de la familia. Sin embargo, con la consistencia de los resultados obtenidos (globales, por grupo y por indicador), se puede suponer que la forma en que se abordan los contenidos curriculares no propicia la experiencia reflexiva ni la participación, lo cual ayudaría a resolver situaciones problemáticas como las presentadas en este instrumento.

Conclusiones

La aptitud para la evaluación integradora de la familia en los médicos residentes está poco desarrollada, independientemente de los años de experiencia. Por ello, la construcción y validación de este tipo de instrumentos, bajo la corriente epistemológica llamada crítica de la experiencia, permitirá evaluarla de una manera diferente, pues ayuda a rescatar

la experiencia antecedente y la reflexión del actuar del médico en formación, con el propósito de que tome consciencia de lo que ignora y de los errores que comete. Asimismo, resulta necesario un cambio en la labor docente, que se apoye en estrategias educativas que propicien la participación.

Referencias

1. Horwitz CN, Florenzano UR, Ringeling PI. Familia y Salud Familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panamá. 1985;98(2):145-6.
2. Ludwig K. Terapia Sistémica. Bases de Teoría y Prácticas Clínicas. España: Herder; 1996.
3. Viniegra VL. Hacia un nuevo paradigma de la educación. Rev Invest Clin. 2008;60(4):337-55.
4. García MJ, Viniegra VL, Arellano LJ. Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(6):465-72.
5. Viniegra VL. Educación y evaluación. Rev Med IMSS. 2005;43(2): 93-5.
6. Viniegra VL. La crítica: aptitud olvidada por la educación. Vislumbres en el lado opaco de la medicina. 2a ed. México: IMSS; 2003. 6-9.
7. Valencia E, Gómez E. Una Escala de Evaluación Familiar Eco-Sistémica para Programas Sociales: Confiabilidad y Validez de la NCEAS en Población de Alto Riesgo Psicosocial. PSYKHE. 2010;19(1):89-103.
8. Chávez AV, Aguilar ME. Aptitud Clínica en el manejo de la familia, en residentes de Medicina Familiar. Rev Med IMSS. 2002;40(6):477-81.
9. García MJ, Viniegra VL. La formación de médicos familiares y el desarrollo de la aptitud clínica. Rev Med IMSS. 2004;42(4):309-20.
10. Dorado GM, Loría CJ, Guerrero MM. Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar. Arch Med Familiar. 2006;8(3):169-74.
11. Viniegra VL. La formación de especialistas en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Hacia un nuevo sistema de evaluación. Rev Med IMSS. 2005;43(2):141-53.
12. Louro BI, Infante PO, De la Cuesta FD, González BI, Pérez PC, Pérez CC, et al. Manual para la Intervención en la Salud Familiar. Cuba: Ciencias Médicas; 2002. 11-12.
13. Viniegra VL. Hacia una tradición crítica. Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Paidós educador; 2002. 57-82.
14. Viniegra VL. La experiencia reflexiva y la educación. Rev Invest Clin. 2008;60(2):133-56.
15. Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. 2a ed. México: Corinter; 2013. 212-30.
16. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. Conceptos básicos para el estudio de las familias. Arch Med Fam. 2005;7 Suppl. 1:15-9.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa académico por competencias en Medicina familiar. 2000.
18. Consejo Mexicano de Medicina General y Familiar, A.C. Lineamientos para la elaboración del estudio de salud familiar [Internet]. Disponible en: <http://www.consejomedfam.org.mx/certificacion/>
19. Downie N, Heath R. Métodos estadísticos aplicados. Nueva York: Harper & Row Publishers; 1983. 256-65.
20. Siegel S, Castellan N. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. 4a ed. Nueva York: Trillas; 1995. 157-250.
21. Pérez-Padilla R, Viniegra 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;42:375-9.
22. Ley General de Salud [Internet]. [Citado 2017 marzo 20]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
23. Código Nacional de Bioética. [Internet]. [Citado 2017 marzo 20]. Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad/1._NAL._Cxdigo_de_Bioetica_del_Personal_de_Salud.pdf.
24. Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C. Código de bioética en medicina familiar. Arch Med Fam. 2005;7 (Suppl. 1):21-3.
25. American Psychological Association [Internet]. [Citado 2017 marzo 20]. Disponible en: <http://www.apa.org/education/index.aspx>.
26. Código de la American Educational Research Association. [Internet]. [Citado 2017 marzo 20]. Disponible en: <http://www.aera.net/>
27. Declaración de Helsinki. Asociación Médica Mundial [Internet]. [Citado 2017 marzo 20]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/20activities/10ethics/10helsinki/>