

Análisis de la videograbación como estrategia educativa en la especialidad de medicina familiar en México

Analysis of video recording as an educational strategy in the family medicine specialty in Mexico

Prof. Miguel Ángel Fernández Ortega, Prof. Isaías Hernández Torres, Prof. Ricardo Urbina Méndez, Prof. Clara Ivette Hernández Vargas

Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.

RESUMEN

Objetivo: incrementar la adquisición de competencias profesionales en los estudiantes de medicina familiar ubicados mayoritariamente en sedes académicas cuya supervisión y asesoría resulta difícil, por distancia, ubicación geográfica y turno laboral.

Métodos: se creó un grupo de expertos integrado por nueve profesores que incluyó a tres especialistas en medicina familiar, dos terapeutas familiares, un subespecialista en orientación familiar, un maestro en educación médica, un psiquiatra y una psicóloga. Su misión fue desarrollar un instrumento piloto, que permitiera apreciar la práctica profesional de los médicos a través de los videos. Finalmente, se decidió valorar cinco dimensiones: 1. Imagen personal y profesional, 2. Imagen del consultorio, 3. Comunicación verbal y no verbal, 4. Práctica clínica y 5. Abordaje familiar. Se describen cada una de las dimensiones valoradas.

Resultados: se obtuvo una herramienta valiosa para el proceso de enseñanza aprendizaje en medicina familiar, que permitió mejorar las habilidades y destrezas del médico en el abordaje del paciente y la familia así como el asesoramiento del profesor al alumno en el desarrollo de las habilidades clínicas y las actitudes en la consulta cotidiana.

Conclusiones: la herramienta presentada es una estrategia educativa que busca finalmente, incrementar las capacidades del médico familiar para que pueda otorgar una mejor atención al paciente y su familia.

Palabras clave: taller de autoimagen, videgrabaciones, competencias profesionales, herramienta educativa, educación en medicina familiar.

ABSTRACT

Objective: to increase the acquisition of professional competences in those family medicine students who are mostly located in academic institutions and are difficult to be supervised and advised, due to distance, geographic location and work shifts.

Methods: a group of experts made up of nine professors including three family medicine specialists, two family therapists, a family counseling specialist, a medical education professor, a psychiatrist and a psychologist was created. The mission of this group was to develop a pilot instrument that allows observing the professional practice of the physicians through videos. Finally, five dimensions were chosen to be assessed: 1- personal and professional image, 2- the physician's office image, 3- verbal and non-verbal communication, 4-Clinical practice and 5-Family approach. All these assessed dimensions were described in the paper.

Results: a valuable tool for the teaching/learning process was obtained. It allowed improving the abilities and dexterities of the physician in dealing with the patient and the family, as well as the possibilities of the professor for giving advice to the student in terms of development of clinical abilities and individual attitudes in the daily medical work.

Conclusions: the tool described in this paper is an educational strategy aimed at increasing the capacities of the family physicians to provide better care to their patients and families.

Key words: self-image workshop, video recording, professional competencies, educational program, family medicine education.

INTRODUCCIÓN

A través de la adquisición y mantenimiento de las competencias para el adecuado ejercicio profesional, la educación médica pretende el bienestar y la satisfacción del paciente. En la actualidad es pertinente reorientar el paternalismo y autoritarismo de la enseñanza tradicional de la medicina, llevándola hacia un plano mucho más elevado de corresponsabilidad entre el alumno y el profesor, para garantizar un mayor éxito en la adquisición de competencias profesionales en torno a la ética, la relación médico paciente, la comunicación, el uso de las tecnologías de la información y comunicación, entre otras.¹

Cambios recientes apuntan hacia una educación médica basada en resultados, en la que se pretende que la atención en salud se lleve a cabo a través de la efectiva aplicación de las competencias del médico.² Lo anterior implica no solo definir previamente las competencias que el egresado deberá alcanzar, sino también, la

preparación del alumno en la adquisición independiente de los conocimientos que identifique como necesarios para el ejercicio profesional responsable, pues se considera que el 90 % de los conocimientos que el médico empleará a lo largo de su vida profesional serán adquiridos de manera autónoma.³

Las normas de competencia profesional incluyen aspectos prácticos, técnicos, cognitivos y emocionales, sin embargo, no hay consenso en una definición de competencia que abarque los dominios más importantes de la práctica profesional médica. Por ello, el Consejo de Acreditación de Educación Médica para Graduados de los Estados Unidos (ACGME), definió 6 áreas centrales de competencia profesional: cuidado del paciente (incluye el razonamiento clínico), conocimientos médicos, aprendizaje basado en la práctica, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalismo y practica basada en los sistemas (incluye trabajo en equipo y economía de la salud).^{4,5}

Con la adecuada definición de estas áreas de competencia profesional, se pueden utilizar diversas estrategias o modelos de enseñanza aprendizaje en la formación de especialistas en medicina familiar. El proceso de adquisición, mantenimiento y mejora de la competencia profesional de este especialista, pretende garantizar al paciente la mayor calidad de la atención médica posible, independientemente de las características de la infraestructura de la organización. Estamos hablando exclusivamente del mejor desempeño del profesional, que se constituye en una noción compleja y dinámica de diversos procesos que se pueden demostrar de diversas maneras.^{6,7} Tomando como referencia los modelos de la pirámide de Miller y el cono de aprendizaje de Dale, la competencia profesional atraviesa diversas fases desde adquirir los conocimientos, hasta demostrar su aplicación en la realidad profesional. Para lograr esos conocimientos se deben realizar representaciones o simulaciones de experiencias reales en donde el alumno tenga la oportunidad de hacer las cosas que intenta aprender.⁸

En este sentido, existen diversas habilidades del profesional susceptibles de ser perfeccionadas y evaluadas con el propósito de que el médico adquiera y utilice sus conocimientos para resolver problemas de la vida real. El profesional pone en juego sus habilidades para desempeñar su labor profesional a través de tres funciones generales: 1. La función integradora que le permite emplear datos biomédicos y psicosociales durante el razonamiento clínico, 2. La función relacional le permite comunicarse efectivamente con colegas y pacientes y 3. La función afectiva le permite desarrollar la paciencia y conciencia de sus emociones para utilizarlas de manera juiciosa y humana.

De acuerdo con *Miller*, dentro de cada ámbito de la evaluación hay cuatro niveles en los que un alumno puede ser evaluado: conocimiento (*knows*), saber cómo (*know how*), mostrar cómo (*show how*) y hacer (*does*).⁹ En conformidad con estos niveles, el primero se refiere al recordatorio de hechos, principios y teorías. El *saber cómo* se refiere a la habilidad para resolver problemas y describir procedimientos. El *mostrar cómo* significa demostrar las habilidades en un escenario controlado y *el hacer* se refiere al actuar en la práctica real.

En la literatura existen diferentes métodos para evaluar la competencia clínica, como el examen clínico objetivo estructurado, portafolios, revisiones de historias clínicas, evaluaciones de habilidades comunicacionales y diagnósticas, técnica de revisión autocrítica de todas las actuaciones realizadas durante una experiencia clínica, dirigida por un profesor (*debriefing*), así como las videograbaciones.^{7,8}

Este trabajo se ha centrado en las videograbaciones de consultas médicas por considerarlas como una herramienta que permite valorar varias de las dimensiones implícitas en la competencia profesional, la cual de acuerdo con algunos autores, se puede considerar como el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y de la comunidad a la que se sirve.^{4,5,10}

LAS VIDEOGRABACIONES COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA

En relación con lo anterior, se observa que las videograbaciones de una consulta real, otorgada por el alumno durante su práctica clínica, permiten analizar varios de los niveles de *Miller* tal como ya se ha mencionado. Para especializarse en cualquier área de la medicina, el alumno debe permanecer en el ambiente clínico correspondiente y ser supervisado por sus profesores, para evaluar el grado de adquisición de habilidades clínicas, sin embargo, de acuerdo con algunos autores, además del conocimiento y habilidades clínicas, el alumno deberá lograr otros dominios tales como las relaciones interpersonales y el desarrollo de pensamiento y actitudes críticas, reflexión acerca de su propia actuación profesional, y otras áreas propias del profesionalismo médico, sin lo cual, resulta difícil hablar de un médico competente.¹¹

Por diferentes motivos, es difícil que el profesor pueda observar y evaluar directamente en el escenario clínico a la totalidad de su grupo de alumnos. La agenda del profesor habitualmente se encuentra saturada por actividades de atención a los pacientes y otras propias de su quehacer docente, dificultan su presencia constante ante el binomio del alumno paciente. Por otra parte, una vez incorporados a la función docente, los profesores tienen la obligación de descubrir y ayudar al alumno a incorporar las diferentes competencias profesionales, necesarias para desempeñarse correctamente.¹² Para muchos, lo fundamental del aprendizaje en la formación del médico familiar, no es solamente la cantidad de conocimiento teórico que el alumno posee, sino la capacidad que tiene para llevarlo a la práctica de manera eficaz.

Ante este panorama, una de las técnicas utilizadas en el ámbito educativo son las videograbaciones de consultas médicas, con el consentimiento de los pacientes de los pacientes; que permiten al propio alumno la observación directa de su actuar frente a ellos. Es la propia autoevaluación del alumno la que promoverá otras habilidades cognitivas como el autoconocimiento y la reflexión personal.¹³ Mediante la videograbación pueden observarse desde aspectos materiales que influyen en la relación médico paciente, como es la indumentaria y arreglo personal del médico, así como el aspecto físico y distribución de mobiliario del consultorio.¹⁴ Otros elementos de la relación médico paciente más formales que pueden evaluarse, son aspectos de la comunicación entre el binomio médico paciente, o en ocasiones de la tríada médico paciente familia. También permite evaluar otros componentes de la competencia profesional como los conocimientos, por ejemplo semiología de padecimientos específicos, desarrollo de ciertas habilidades tales como la exploración física, incluso puede permitir observar ciertas actitudes del alumno como el compromiso, la solidaridad y el respeto, o la falta de ello ante el problema de salud del paciente.

ANTECEDENTES

Durante las últimas dos décadas se han desarrollado de manera muy intensa los programas de especialización en medicina familiar en América Latina, más aún, se ha buscado crear la especialidad en países donde anteriormente no existía o se han incrementado el número de sedes académicas para que mayor el número de residentes se formen bajo este perfil, con el objeto en algunos casos de mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención, y en otros, se ha buscado generar un atención médica especializada de alto nivel a un costo de operación muy inferior al generado por otros especialistas de contacto primario. Los esfuerzos por generar mayor número de especialistas bajo el esquema tradicional de residencia médica, no han dado el resultado esperado para formar tantos médicos familiares como necesita el Sistema Nacional de Salud en los diferentes países.

En 1994, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), implementó el Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales (CEMFMG), en colaboración con el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), buscando transformar a los médicos generales que ya se encontraban laborando en esa institución como tales, a través de un programa de capacitación en servicio, teniendo como meta la formación de aproximadamente 1700 médicos generales. El programa se desarrolló posteriormente con otras instituciones como el Instituto de Seguridad Social del Estado de Chiapas, Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua y Secretaría de Salud del Estado de Tabasco. Desde 2002 a la fecha, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a nivel nacional, en 30 de 32 Estados de la República y se llegó a alcanzar un promedio anual (en los últimos diez años), de 1 200 a 1 550 alumnos inscritos, en 81 a 86 sedes académicas. Además, se desarrolla en estos momentos en el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM), y la Secretaría de Salud en el Estado de Querétaro (SESEQ).

El programa académico para médicos generales tiene la misma estructura que señala el Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM), de la UNAM para residencias médicas en esta especialidad. Está constituido por cuatro asignaturas generales, de las cuáles, el Seminario de Atención Médica (SAM), agrupa los conocimientos teóricos que debe adquirir el alumno en todas las áreas de estudio. El Trabajo de Atención Médica (TAM), integra las habilidades y destrezas clínicas que debe desarrollar el médico en formación. El Seminario de Investigación (SI), conforma los conocimientos y habilidades encaminadas al desarrollo de un trabajo de investigación sobre algún problema significativo de su práctica médica. Finalmente, el Seminario de Educación (SE), que constituye el bagaje de conocimientos indispensables que debe tener el médico especialista como docente para participar en la educación de sus pares y pacientes.

A pesar de que tanto el CEMFMG como el programa de residencia en medicina familiar son equivalentes en su totalidad (mismos requisitos de ingreso, permanencia y egreso), sesiones teóricas con los mismos contenidos académicos, guardias, rotaciones hospitalarias, mismas evaluaciones y otros, el cumplimiento de la asignatura de Trabajo de Atención Médica, se dificultaba por la falta de asesoría y modelaje del profesor al alumno en su consultorio. El CEMFMG, tiene como característica que en la sede académica pueden estar inscritos médicos alumnos cuya unidad de adscripción laboral es lejana a la unidad académica (1-3 h) donde se ubica el profesor titular, algunos pueden laborar en la misma sede. Desde el inicio se consideró que esta situación no debía impedir que el alumno fuera asesorado o evaluado en su práctica clínica por el profesor, en el desarrollo de sus destrezas como médico de familia, cómo abordar a un paciente de manera distinta

a como lo hace el médico general u otros especialistas, cómo realizar una consulta médica integral bajo un enfoque de riesgo, entre otros.

En general, lo que se persigue en este punto, es garantizar en los egresados de este programa, al igual que en los de la residencia, el desarrollo de competencias sobre la forma de abordar un interrogatorio especializado en esta disciplina, la forma de explorar, como desarrollar su personalidad profesional para diferenciarse de otros especialistas; el uso adecuado de instrumentos de estudio familiar, así como las herramientas de comunicación efectiva con los pacientes y sus familias.

Ante estas necesidades educativas, el Departamento de Medicina Familiar, de la Facultad de Medicina de la UNAM, creó diversas estrategias formativas tendientes a lograr los objetivos señalados en la asignatura de Trabajo de Atención Médica, entre las que destaca la herramienta denominada Taller de Autoimagen (TAI), donde se hacen videograbaciones de consultas médicas efectuadas por el alumno en su propio consultorio, de tal manera que posteriormente permiten al profesor y pares del médico, analizar su desempeño clínico con el propósito de reforzar y corregir sus habilidades durante la consulta. A continuación se describirá la experiencia con este modelo implementado en nuestra institución.

Nos propusimos desarrollar una herramienta de enseñanza aprendizaje que contribuya a la adquisición de competencias profesionales en los alumnos de posgrado del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales (programa de Reconversión), ubicados en sedes académicas cuya supervisión y asesoría diaria es difícil, ya sea por distancia, ubicación geográfica y turno laboral.

MÉTODOS

En la primera etapa de desarrollo de este proyecto, se integró un grupo de nueve profesores expertos del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM, que incluyó a tres especialistas en medicina familiar, dos terapeutas familiares, un subespecialista en orientación familiar, un maestro en educación médica, un psiquiatra y una psicóloga. El grupo tuvo como misión desarrollar un instrumento piloto, que permitiera evaluar la práctica profesional de los médicos a través de los videos. La propuesta fue analizada y probada con otros profesores del Departamento de Medicina Familiar, que no participaron en el grupo de expertos. Se decidió evaluar cinco dimensiones: 1. Imagen personal y profesional, 2. Imagen del consultorio, 3. Comunicación verbal y no verbal, 4. Práctica clínica y 5. Abordaje familiar. A continuación se describe cada una de ellas.

IMAGEN PERSONAL Y PROFESIONAL

En esta dimensión se evalúa el aspecto de pulcritud del médico, se observa si está aseado, cabello recogido, aspecto confiable, vestimenta adecuada, bien aliñado, complexión, formalidad y otros. El médico debe reflejar confianza, aspecto de salud, evitar los malos hábitos como goma de mascar o fumar. Se debe recordar que la imagen que proyectamos hace que en la primera impresión un médico genere confianza o desconfianza. Siempre deberá parecer un profesional experimentado y sano.

IMAGEN DEL CONSULTORIO

Al igual que la imagen del médico, la imagen del consultorio debe mostrar limpieza y orden, refleja la personalidad del médico que se desempeña en ese lugar. Un consultorio bien organizado con la disposición adecuada del escritorio y sillas para los pacientes debe permitir ver al paciente de frente, y hacerle sentir que lo que dice es importante, además, el campo visual del médico debe permitir ver a todos los acompañantes para observar sus reacciones. El buen funcionamiento del equipo y mobiliario es importante, a veces se olvida que el lavabo no funciona o la silla está rota, el cesto de basura lleno, que se deben evitar objetos innecesarios en el escritorio, la luz blanca es fundamental, la adecuada ventilación, el aislamiento de ruidos, entre otros. El espacio debe ser suficiente para que un paciente en silla de ruedas pueda circular sin dificultad. Se debe evitar tomar el mobiliario como perchero o tener comida sobre el escritorio, la sábana que suele cubrir la mesa de exploración debe estar bien colocada, no arrugada y limpia, si esta no cumple tales requisitos, el paciente puede pensar que está sucia lo cual le generará desconfianza y rechazo. El consultorio debe proporcionarle al visitante una sensación placentera, de limpieza, orden, calidez y seguridad.

COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

En este apartado, se observa la forma en que el médico se dirige al paciente, no tutearlo, si se dirige al paciente empleando adjetivos tales como madre o abuela, recordar que el paciente no es su familiar, no es "mi' ja". El paciente es un ser humano que acude a que se le brinde un servicio y por lo tanto le debemos hablar con respeto, como esperaríamos que nos tratara un médico que no es nuestro amigo. Identificar si saluda de mano, se levanta para recibir al paciente, lo mira a los ojos con atención, o solo escribe para terminar lo antes posible sin atender el verdadero "sentir" del paciente. También se busca determinar si la comunicación del médico es clara o usa demasiados tecnicismos que no permiten una comunicación eficaz, si concede tribuna libre, controla el interrogatorio, resuelve dudas y otros.

El médico debe mantener una postura de interés genuino hacia el paciente, si esto no ocurre, causará desconfianza e insatisfacción, aunque la atención y tratamiento sean adecuados. Los movimientos de manos, el temblor de los pies en señal de impaciencia los debe controlar el médico, pero primero debe hacerlo consciente. De igual manera debe observar las reacciones en los pacientes y familiares, quién comienza a hablar, cómo se sientan, están ansiosos, molestos o de otra forma. El médico debe ser empático, por lo que se deben de hacer conscientes los fenómenos de transferencia y contratransferencia. De nada sirve decirle a un paciente lo interesado y preocupado que está el médico por su problema de salud, si la misma pregunta se la hace tres veces y nunca escuchó la respuesta, o si la actitud es de indiferencia.

PRÁCTICA CLÍNICA

Se debe identificar si se realiza la toma de signos vitales y si la medición es adecuada, por ejemplo, no se podría comprender la consulta de un paciente hipertenso sin que el médico le mida la tensión arterial, aunque vaya por otro motivo, o bien, no se puede pensar en hacer prevención si los médicos familiares no detectan a los nuevos pacientes hipertensos por no contar con esta medición. El interrogatorio, la semiología, el abordaje integral de un padecimiento, definen al

médico familiar. El médico familiar al realizar una consulta integral está obligado a indagar en función de riesgos a la salud, por ejemplo, una mujer hipertensa de 40 años que acude a consulta por infección de vías urinarias, debe ser interrogada sobre los posibles riesgos a la salud como la detección de cáncer cervicouterino y mamario, si tiene infecciones de transmisión sexual, control de la fertilidad, climaterio, si vive en violencia, si tiene datos clínicos de diabetes mellitus, dislipidemia, higiene bucal, presbicia, entre otros. Si el interrogatorio no se hace en ese sentido no corresponde al de un médico especialista en medicina familiar y debe ser cuestionado, corregido, asesorado, de tal suerte que se realice en las siguientes consultas.

El interrogatorio debe ser sistematizado y consistente, se observará si divaga, es desordenado, repetitivo, si repite la pregunta al paciente cuando este ya la había respondido. De igual modo, la exploración física debe ser completa (de pies a cabeza), organizada, y congruente en función del interrogatorio. Igualmente debe ser integral, cuidando en todo momento el pudor del paciente, informándole lo que va a hacer. En este sentido se vigilará la calidad de las maniobras de exploración y la congruencia con el interrogatorio, por ejemplo, si el paciente es un menor de un año que acude por faringoamigdalitis, el médico familiar está obligado a explorar testículos y abdomen en busca de una posible criptorquidia o hernia inguinal, en cuyo caso se tendrían que canalizar de inmediato a un segundo o tercer nivel de atención para la confirmación diagnóstica y tratamiento quirúrgico.

El diagnóstico debe de incluir todos los posibles y jerarquizar el de mayor importancia, dada su gravedad o trascendencia, debe ser congruente con los signos vitales, el interrogatorio y la exploración física. En ocasiones, se observa que los diagnósticos finales del médico no tienen ninguna relación con el motivo de consulta, interrogatorio, o incluso exploración física, se llega a encontrar el diagnóstico de hipertensión arterial controlada y en ningún momento se observó la toma de la tensión arterial, o bien, en un paciente diabético descontrolado, se repite el mismo esquema de hipoglucemiantes o insulina sin ningún ajuste en la dosis o en el fármaco, como si el paciente solo acudiera por medicamento. Tampoco se entiende que en este tipo de pacientes no se vigilen los riesgos propios de la enfermedad como la aparición de nefropatía, retinopatía, pie diabético, infecciones de vías urinarias o neuropatía.

Finalmente, el tratamiento y pronóstico deben ser igualmente integrales, con enfoque de riesgo, considerando los aspectos de educación al paciente y familia, las medidas higiénico dietéticas; recordemos que el médico que no educa y no explica de acuerdo al nivel cultural de sus pacientes está condenando al paciente a continuar cometiendo errores y a mantenerse enfermo, además de estar contraviniendo los derechos fundamentales del paciente. Aunque en ocasiones es difícil observarlo en las videograbaciones, se debe tratar de verificar las dosis y posología utilizados por el médico en la prescripción, las interacciones medicamentosas, los controles de laboratorio, indicaciones de alarma, nueva cita, e incluso el pronóstico.

ABORDAJE FAMILIAR

Con el propósito de conocer cada vez mejor a la familia del paciente y continuar con el enfoque de riesgo, el médico familiar tiene la obligación de identificar el tipo de familia, y por lo menos algunas características del funcionamiento familiar como roles, límites, alianzas, geografía, centralidad. En éste sentido, el médico deberá ser lo suficientemente sensible para identificar durante la consulta quién de los familiares tiene la jerarquía, quizás deberá ver quien empieza a hablar, si es el

paciente o un familiar, no es lo mismo que empiece hablar la esposa enferma o el esposo de ella, diciéndole al médico por qué "la trae" y que siente la paciente, o bien que el paciente esposo venga con la esposa e hija y que la que hable sea la hija.

El médico deberá cuidar en todo momento la contratransferencia con el grupo familiar, sobre todo con el paciente y con el jerarca, de no hacerlo podría perder al paciente por un mal abordaje profesional. La forma de sentarse nos habla de la centralidad de los miembros de la familia, incluso del propio paciente. Es importante también conocer su nivel socioeconómico, cultural, religión, y el padecer del paciente que quizás no viene por el problema orgánico que parece tener, quizás venga solo para ser escuchado. El conocimiento de estos datos, la identificación del nivel educativo y los demás elementos familiares, le deberán permitir al médico realizar un adecuado abordaje de la familia, con comunicación clara y respetuosa - de nada le sirve al médico tener una actitud de frialdad o superioridad ante el paciente (actitud, lenguaje verbal y no verbal), si al final no le resuelve el problema de salud-, si el paciente no entiende lo que le pasa o lo que le van a hacer, porque si el manejo no corresponde a sus creencias, valores o expectativas, simplemente no lo llevará a cabo.

En la medida que el médico familiar entiende estos aspectos familiares, estará en condiciones de celebrar una alianza terapéutica que le permita dar continuidad al manejo del paciente. Si el enfermo no se siente identificado con el médico, es probable que no regrese o que solo lo haga por necesidad, con un profundo grado de insatisfacción e inseguridad.

Si durante la consulta el médico no interactúa con el conjunto familiar, pierde una excelente oportunidad de conocimiento de esa familia, de entender cómo funciona, cómo piensa, cómo es su estructura, cómo siente y cómo actúa; incluso, el profesional puede ser el responsable de que algunos familiares se alejen del proceso de atención médica, tal es el caso de los esposos que acompañan a sus esposas embarazadas en el control prenatal, hay médicos que en absoluto se dirigen o interactúan con este y pasan por alto la importancia de su presencia, en este caso, el médico podría sondear si es un producto deseado, a través de preguntas simples como ¿usted que desea, niño o niña?, quizás la respuesta será niña o podría ser que responda, "lo que sea, ya no queríamos nada y fue un error", más aún, identificar actitudes de rechazo o enojo en contra de la madre, impaciencia por el tiempo consumido, entre otros aspectos. Si el médico no realiza adecuadamente esta tarea, es probable que el esposo no vuelva, ya que no considerará importante su presencia, nunca se dirigieron a él, no le tomaron en cuenta, en cambio, si enfatizamos la importancia de su presencia y participación en el proceso del embarazo, lo más probable es que el cónyuge esté atento a la evolución del embarazo y a la seguridad de su esposa.

El médico familiar será responsable de vencer las resistencias familiares por problemas internos o de cualquier tipo, propiciar la participación de la familia en el manejo de los pacientes o de la enfermedad. Es muy importante entender que de la participación del médico resulta en éxito o fracaso una consulta o intervención profesional. Del adecuado abordaje depende en primer término, el bienestar del paciente y de su familia, un adecuado impacto asistencial en los problemas de salud, y también la satisfacción de los pacientes y los profesionales de salud.

Una vez analizada y corregida esta estrategia educativa, se procedió a capacitar durante las diferentes supervisiones, en cada una de las sedes académicas, a los profesores titulares, adjuntos y responsables del área de salud mental (terapeuta familiar, psiquiatra o psicólogo).

Se consideró por los expertos que era fundamental tener un video de cada alumno por trimestre, que permitiera reflejar los avances en el desarrollo de la consulta médico familiar. El procedimiento para la filmación consistió en que el profesor que visita al alumno en su consultorio para brindarle asesoraría y modelaje de la práctica médica, seleccione al azar a un paciente, idealmente acompañado de familiar (es) y que esté por entrar a consulta con el médico alumno, y después que el paciente y su acompañante estén de acuerdo en ser grabado, se procede a filmar la consulta cuidando de no grabar áreas que pudieran afectar el pudor del paciente, evitar grabar a contraluz y con la presencia de ruidos ajenos a la consulta como aire acondicionado, ruido de autos, música, entre otros. La consulta no debe durar más de 15 min que es el tiempo destinado administrativamente para cada consulta, si tarda más habrá que valorar la actuación del médico. Una vez recogido el video, será programado para su análisis en el aula durante una sesión específica de taller de autoimagen, que dura aproximadamente 1h. Durante el ejercicio, se procederá a realizar el análisis del video en tres etapas: 1. Autoevaluación, 2. Evaluación de pares y 3. Metaevaluación (profesor).

RESULTADOS

En las tres etapas se evaluarán las cinco dimensiones descritas anteriormente. Para la dinámica del análisis, el profesor reúne a los alumnos de los tres grados y proyecta la videograbación para todo el grupo. La experiencia ha permitido observar que la autoevaluación en cada una de las cinco áreas, puede funcionar de manera inmediata a la exposición del video o al final de de las otras dos etapas. Al inicio tiene la ventaja de que el alumno generalmente tiene la percepción de que lo que hizo fue adecuado y quizás pueda identificar algunos errores que corregir, sin embargo, posterior a la intervención de sus pares y de sus profesores se percata de cómo es observado por los demás médicos y termina por aceptar el hecho sancionado, suele tener un efecto muy poderoso en el ego del médico, pues difícilmente un médico experimentado acepta que se equivocó de una manera tan evidente y repetitiva, por lo que buscan corregir a la brevedad sus deficiencias. Cuando la autoevaluación se realiza al final, generalmente los comentarios y críticas de sus pares y profesores han sido tan contundentes que no tienen más comentarios que la aceptación de los aspectos a corregir.

La evaluación de pares permite tener a los mejores "tutores", ya que al realizar cualquier tipo de crítica a sus compañeros, les sensibiliza sobre los errores que con frecuencia también ellos cometen, pero que son más fácil observarlos y criticarlos en otras personas, no obstante, el hecho de haber expresado los comentarios de su evaluación en público y de frente a sus compañeros, les compromete a tratar de no cometer los mismos errores. Por otra parte, es muy evidente que el TAI permite a los alumnos el desarrollo de habilidades tales como la autocrítica y la heterocrítica, además de incrementar de manera notable la tolerancia a la frustración.

Es recomendable que para la metaevaluación esté presente además del profesor clínico de la especialidad, otro especializado en el área de la salud mental y del comportamiento humano, como pudiera ser un terapeuta familiar, un psiquiatra o psicólogo, de quienes se espera que su mayor experiencia en los aspectos subjetivos de la relación médico paciente, proporcione una mayor retroalimentación al alumno en esta dimensión (se dio esta diversidad de perfiles debido a las dificultades existentes en ciudades pequeñas, para conseguir uno u otro profesional en esta área). Estos profesores expertos procederán a realizar la retroalimentación correspondiente en las cinco dimensiones y posteriormente solicitarán a los pares que realicen una calificación a criterio individual lo más honesta posible, en escala

de 0 a 10 puntos y se asignará la calificación que corresponda al promedio de los calificadoros, siempre supervisada la congruencia por los profesores.

En la dimensión de Imagen personal y profesional, uno de los primeros aspectos a analizar es lo aliñado del médico, es decir, la pulcritud o descuido en su arreglo personal y vestimenta utilizada para el trabajo. Cuando se les hacen señalamientos adversos sobre la falta de corbata en los hombres, bata desabrochada, uso de pantalones tipo jeans, zapato tenis, algunas de las reacciones más frecuentes eran de ponerse a la defensiva y buscar justificaciones mediante argumentos tales como que la zona geográfica del país es muy calurosa y eso hace que no se use corbata, que el traer la bata desabrochada brinda mayor comodidad, lo mismo que el uso de ropa informal. En otras ocasiones el alumno reconocía lo inadecuado de la ropa utilizada y señalaba que aunque no acostumbraba la corbata, la usaría para tratar de dar mejor imagen a su paciente. Al cuestionar sobre aspectos más personales tales como el largo del cabello, el peinado y el sobrepeso del médico, algunos de ellos se mostraban molestos por esta aparente intromisión, sin embargo, al comentarse que este tipo de características son parte de la comunicación no verbal, reconocen que tiene un valor de mensaje para el paciente.

Acerca de la imagen del consultorio, siempre se tiene la reacción de que el alumno no puede modificar el tamaño del consultorio ni la distribución del mobiliario. Sin embargo en los casos en que el consultorio es muy pequeño, el médico permite la existencia de artefactos que saturan aún más el mobiliario, tales como floreros, imágenes sin relación con la medicina, gorras y otras prendas de vestir colgadas en la pared, envases de refrescos y otros. Aún en los casos en los que el consultorio es de tamaño adecuado, se observan escritorios orientados para no ver de frente al paciente, computadora con el monitor entre el paciente y el médico, la silla del paciente muy retirada del escritorio del médico. Falta de sillas para el familiar acompañante.

Acerca de las dimensiones de comunicación médico paciente, práctica clínica y abordaje familiar, son probablemente las áreas en las cuales se le encuentra mayor deficiencia al alumno. Sin embargo, aunque se tienen diferentes reacciones, una de las más frecuentes es considerar que lo han hecho de forma adecuada.

Por ejemplo, en cuanto a la comunicación, específicamente la conducción de la entrevista clínica, el médico con mucha frecuencia no realiza la entrevista de forma sistematizada, no existe un saludo o alguna frase de bienvenida al paciente, en muchas ocasiones no efectúa la fase de tribuna libre y se va directo a la fase de interrogatorio dirigido interrumpiendo en forma injustificada al paciente. Otros aspectos observados es que el médico otorga la consulta sin cuidar la privacidad y en ocasiones el pudor del paciente, situaciones identificadas en hechos tales como no verificar que la puerta que da a la sala de espera esté cerrada, exploración física sin utilizar bata o una sábana que lo cubra. Durante el momento de otorgar el diagnóstico, con mucha frecuencia se observa que no existe diagnóstico informado al paciente y solo se le hacen señalamientos de algunos hallazgos encontrados, que en varias ocasiones se transmiten utilizando muchos tecnicismos médicos. Al comunicar el plan de manejo por parte del médico, se continúa utilizando muchas palabras del argot médico, pero sobre todo no se verifica la comprensión por parte del paciente acerca del tratamiento establecido.

Las deficiencias detectadas en la dimensión anterior necesariamente repercuten en el área de práctica clínica, por lo que puede observarse que la recolección de información no tiene una calidad adecuada para conducir de forma segura a la elaboración diagnóstica. Es decir, si no existe una fase de tribuna libre, en ocasiones no se detecta el motivo de consulta, si el interrogatorio es mal

sistematizado y la exploración física incompleta o inadecuada, el proceso diagnóstico se dificulta enormemente y por consecuencia el manejo terapéutico será muy limitado.

Cuando se observa el abordaje familiar que hace el alumno, lo primero que se aprecia es que pocos alumnos lo efectúan y cuando lo hacen aparece como una dimensión desvinculada del resto del abordaje del paciente, dando la impresión de que se explora solamente por complacer la exigencia del proceso académico y carece entonces, de un verdadero análisis por parte del alumno.

DISCUSIÓN

Consideramos que se ha logrado obtener una herramienta valiosa para el proceso de enseñanza aprendizaje en medicina familiar, que permite mejorar las habilidades y destrezas del médico en el abordaje del paciente y la familia. Mediante esta estrategia el profesor ha podido asesorar al alumno en el desarrollo de habilidades clínicas, el análisis de la relación médico paciente y las actitudes en la consulta cotidiana. Permite observar y analizar la comunicación verbal y no verbal, así como las capacidades y conocimientos aplicados en el trabajo profesional, la identificación y manejo de fenómenos transferenciales y contratransferenciales y de la empatía que surge en la relación con el paciente y la familia.

Por lo hasta ahora trabajado mediante este taller, se han logrado identificar diversas áreas susceptibles de mejorarse para incrementar la competencia profesional del alumno, entre las que destaca el proceso de razonamiento clínico, que de acuerdo con *Kasirer* y otros autores, es la principal función del médico. La siguiente dimensión susceptible de mejorarse mediante esta estrategia educativa es la comunicación medico paciente, la cual es considerada como una de las competencias fundamentales del médico.⁴

También proporciona una invaluable herramienta de retroalimentación para el profesor, al permitirle observar aspectos que él mismo no consideró durante la práctica con el paciente directo, y que al analizar el video con los alumnos, identifican detalles a corregir o reforzar.

El profesor titular del curso es el responsable de la correcta realización del taller, por lo que en las sedes académicas donde se incorpore a profesores del área de la salud mental, resulta necesaria su adecuada selección, de tal forma que puedan coadyuvar en la formación específica del médico especialista en medicina familiar, se requiere que sean sensibles al perfil profesional de este y con la adecuada capacitación para el análisis y evaluación mediante esta herramienta educativa. Para ello, es indispensable la estandarización de los profesores en cuanto a los criterios de análisis y evaluación del taller de autoimagen con la finalidad de contar con resultados más objetivos. Vale la pena destacar que solo después de la estandarización de los mismos a través del modelaje y asesoría del profesor supervisor, los resultados fueron satisfactorios independientemente del perfil del profesor del área de la salud mental. Antes de la estandarización, la discrepancia en criterios de análisis y de evaluación era tan grande como profesores participantes. Para la estandarización es conveniente considerar que la función principal del médico familiar es el razonamiento clínico, el cual deberá ser complementado con una atención a los aspectos psicosociales del paciente, sin los cuales la atención seguirá siendo fraccionada, no integral, sin continuidad y sin enfoque de riesgo.

A pesar de que hasta este momento, no ha sido posible llevar a cabo ninguna investigación cuantitativa o cualitativa sobre los beneficios de esta herramienta, es

indiscutible la mejoría en el desempeño clínico, la actitud, la competencia, la sistematización de la consulta, la comunicación con el paciente y familias, la imagen profesional y la capacidad de autocrítica y heterocrítica así como mayor tolerancia de los alumnos a la misma, sin dejar a un lado el incremento de la autoestima de los médicos en formación, observable desde la comparación del primer video con el segundo, pero sobre todo en la práctica cotidiana.

El médico familiar, gracias al taller de autoimagen mejora su capacidad de ser respetuoso, sin imponer su autoridad ni escala de valores, comprende que las circunstancias, estilo y forma de vida de los enfermos, ilumina el conocimiento de las circunstancias individuales, familiares y sociales en donde están inmersos.

El resultado de esta herramienta ha impactado en la mejoría de la competencia profesional de los médicos en formación de esta especialidad.

Organismos externos a las instituciones formadoras, como el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A. C., organización de profesionales en medicina familiar, evalúa de igual manera a los egresados de la residencia que del programa de reconversión en todo el país, ha mostrado la equivalencia en el perfil profesional de ambos programas, así como mayor profesionalismo de los egresados, situación que valida socialmente esta herramienta y el programa de especialización para médicos generales desde hace más de diez años.

A pesar de los beneficios observados, es indispensable realizar estudios de investigación longitudinales que evalúen adecuadamente esta estrategia educativa, a fin de corroborar la magnitud con la cual favorece el desarrollo de la competencia profesional. Es preciso no olvidar, que aunque el motivo de la enseñanza es el alumno, en realidad se busca incrementar sus capacidades para otorgar una mejor atención médica al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira LN, Pulido AP, Rondón MR. XVII Conferencia Panamericana de Educación Médica. Educ Med. 2008;11(S 2):S1-S5.
2. Wojtczak A. Educación médica basada en resultados. II. ¿Fascinación transitoria o nuestro futuro? Educ Med. 2008;11(2):105-7.
3. Perez JF. La formación MIR como frontera de la licenciatura de medicina. Educ Med. 2009;12(S3):S1-S53.
4. ACGME Outcome Project. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Medical Teacher. 2007;29:648-54.
5. Epstein MR, Hundret ME. Defining and assessing professional competence. Jama. 2002;287(2):226-35.
6. Brailovsky C. Educación Médica, evaluación de las competencias. Argentina. 2001 [citado 16 May 2012]. Disponible en: <http://www.fmv-uba.org.ar/posgrado/proaps/9.pdf>

7. Ramírez PD, González BM, Zarco RJ, Gibert I, Gual SA. Competencia clínica de los médicos de familia en 14 comunidades autónomas españolas. *Educación Médica*. 2006;9(4b):234-44.
8. Muro SJA. Hacia nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje en ciencias de la salud. *Educ Med*. 2011;14(2):91-9.
9. Miller EG. The assessment of clinical skills/Competence/Performance. *Academic Medicine*. 1990;65(9):S63-8.
10. Norman GR. Defining competence: A methodological review. In: Neufeld VR, editor. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer; 1985. p. 15-35.
11. Díez LR. La difícil transición de alumno a graduado. *Educ Med*. 2009;12(Supl 3):S1-S53.
12. Ruiz MR. El feedback docente. En: Ruiz MR, editor. *Educación Médica. Manual Práctico para Clínicos*. Madrid: Ed. Panamericana; 2009. p. 115-21.
13. Ruiz MR. La comunicación clínica. En: Ruiz MR, editor. *Educación Médica. Manual Práctico para Clínicos*. Madrid: Ed. Panamericana; 2009. p. 63-8.
14. Moreno MHM, Vallejo LA. Las videograbaciones de las sesiones para realizar feedback con el residente. *Tribuna docente la formación en el posgrado*. 2007;9(4):1-7.

Recibido: 22 de agosto de 2012.
Aprobado: 8 de octubre de 2012.

Miguel Ángel Fernández Ortega. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). México.
Correo electrónico: miguelaf03@live.com