



## EDITORIAL

### Sesiones clínicas de medicina de familia: «haberlas, haylas»

### Family medicine clinical sessions: they do exist!

José Luis Turabián<sup>a,\*</sup> y Benjamín Pérez Franco<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

<sup>b</sup>Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 23 de julio de 2010; aceptado el 27 de agosto de 2010

Disponible en Internet el 8 de octubre de 2010

*...Caminó la ciudad a la hora del crepúsculo y en un día gris, cuando los gatos empiezan a ser pardos, las brujas comienzan a desperezarse y los gallitos de hierro de las altas veletas, muertos de miedo, chirrían como condenados.*

(Camilo José Cela. Vuelta a Guadalajara. En: Cajón de sastre. Madrid: Cid; 1957).

Las sesiones clínicas de medicina de familia (MF) son como las brujas, porque ya se sabe, nadie cree en ellas ni las ha visto..., pero «haberlas, haylas».

¿Por qué se hacen sesiones clínicas de MF? ¿Porque lo dice el programa docente y porque se vienen haciendo desde el principio de la MF como especialidad!<sup>1,2</sup>. Pero, mientras en algunos centros son poco frecuentes, en otros ¡se hacen sesiones todos los días! e incluso, algunos presumen de tener una media de ¡más de una sesión diaria!, como si esa exageración garantizara su excelencia docente<sup>3,4</sup>.

Hay sesiones clínicas de MF dadas por especialistas hospitalarios, expertos pagados por laboratorios o no, psicólogos, enfermeros, farmacéuticos, asociaciones ciudadanas, gerentes, y hasta algunas por médicos de familia. ¿Se aprende algo? Pues muy poco proporcionalmente al tiempo empleado. Las sesiones clínicas siguen siendo muy parecidas a las de hace 20 años. Hemos cambiado el retroproyector y las transparencias por el Powerpoint<sup>3</sup>, se hace el énfasis en la medicina basada en la evidencia, y ahí se han quedado las novedades<sup>5</sup>.

¿Cómo son las sesiones clínicas de MF? Son sobre todo sesiones didácticas, que presentan información excesiva, infrecuente o mal usada<sup>6</sup>. Y la evidencia indica que no son eficaces para mejorar las habilidades clínicas, las actitudes o el pronóstico de los pacientes<sup>7,8</sup>. La mejor práctica educativa en MF es interactiva, integrada en la clínica, y con métodos pedagógicos para situaciones de incertidumbre y complejidad<sup>9</sup>.

¿Siguen siendo necesarias o siquiera convenientes las sesiones tradicionales? Actualmente, con la carrera profesional, la firma de la asistencia a las sesiones clínicas de MF es útil para ayudar, aunque mínimamente, a la puntuación..., y para que la comisión nacional de la especialidad no retire la docencia por falta numérica de sesiones... Pero, y ligado con el problema de la metodología docente, son exactamente iguales, en temas y contenido, a las que presentan otros especialistas. ¿Cómo diferenciar entonces una sesión clínica de MF de otra de una especialidad? ¿Es que no hay matices, enfoques, y herramientas prácticas de trabajo diferentes entre MF y otras especialidades? Se podría decir que no es que valgan para muy poco, es que incluso pudieran ser perjudiciales por mantener un patrón dominante que contra-actúa sobre los conceptos básicos de la MF. De las concepciones particulares acerca del conocimiento derivan implicaciones pedagógicas<sup>9</sup>.

Podría ser que los médicos de familia y los residentes expuestos repetidamente a estas sesiones biomédicas sufran un deterioro de su nivel conceptual y práctico de MF. Aunque las presente un médico de familia, estas sesiones son exactamente iguales a las que daría un especialista hospitalario, y exactamente iguales a lo que se puede leer directamente en un texto de la especialidad correspondiente

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jturabianf@meditex.es (J.L. Turabián).

**Tabla 1** Esquema de algunos posibles elementos propios y diferenciadores de una sesión clínica de medicina de familia sobre el ejemplo del síndrome de ovario poliquístico

Instrumentos propios y cruciales de la medicina de familia	Ejemplos aplicados a el síndrome de ovario poliquístico (SOP)
1. La entrevista: del contexto al síntoma	«Estoy muy preocupada pensando que no podré tener un bebé..., cada vez que una conocida se queda embarazada me paso dos noches llorando...»
2. Síntomas y signos	«Estoy hecha un lío con mis problemas hormonales, a veces dudo que sea una mujer...»
3. Creencias y actores	«A ver si con la onagra me viniese el periodo todos los meses... ». «Al conversar con mi esposo, él me contaba que hacía tiempo me notaba rara..., pero pensaba que eran problemas entre nosotros...»
4. Ciclo vital familiar y genograma	«Mi madre y mi hermana también padecían SOP...»
5. Grupos de riesgo	«Tengo miedo a tener diabetes, tensión y colesterol, o un infarto...»
6. Capital relacional	«Gracias a mi familia, amigos y mi esposo, me llené de valor para afrontar la situación, y el tratamiento»
7. Inventario de recursos comunitarios (grupos de ayuda mutua)	«Busco desesperadamente chicas que hayan conseguido quedar embarazadas con SOP para saber un poco de su historia»

(por ejemplo, el síndrome del ovario poliquístico en un texto de ginecología). Y, si son iguales, ¿qué papel tienen los médicos de familia? Si no aportamos nada de valor, siempre será preferible el especialista de ese campo al médico de familia «generalista».

Pongamos un ejemplo. Una sesión clínica sobre el síndrome del ovario poliquístico (SOP), impartida por el especialista hospitalario, podría ser: «El SOP, también llamado síndrome de Stein-Leventhal, es un desorden endocrino..., que debe cumplir dos de estos tres criterios: oligoovulación, exceso de actividad androgénica, y ovarios poliquísticos (visualizados por ultrasonido ginecológico). Los síntomas comunes incluyen oligomenorrea, amenorrea, infertilidad... Y el tratamiento... citrato de clomifeno, gonadotropinas, metformina, glitazonas, flutamida..., el tratamiento quirúrgico de los quistes... etc.».

En contraposición a esta exposición lineal (la del libro de texto de ginecología), proponemos la alternativa de que la sesión se base en un caso clínico y recoja al menos los siguientes elementos propios y diferenciadores de la MF: 1) La entrevista (del contexto al síntoma): «¿A qué lo achaca?», «¿Qué piensa de ello?», «¿Qué piensa su familia, qué dicen?», «¿Cómo le afecta...?»; 2) Los síntomas y signos (son tanto expresiones de alteraciones bioquímicas, como símbolos para el paciente, expresiones del contexto grupal, y modos de afrontar una situación o evento); 3) La historia clínica contextualizada (listado de problemas y recursos; creencias; actores); 4) La toma de decisiones (el valor de la contextualización, de la continuidad de la atención, de las emociones, de la participación del paciente, etc.); 5) Los otros instrumentos de la medicina familiar (ciclo vital familiar, genograma, etc.); 6) Los otros instrumentos de la medicina comunitaria (escalas de apoyo social, grupos de riesgo); 7) El capital relacional (personas a las que podría acudir el paciente cuando precisara apoyo); 8) El inventario de recursos comunitarios y grupos de ayuda mutua, y 9) El inventario de pacientes-recursos (pacientes atendidos en la consulta que pasaron ese mismo problema y presentan recursos potencialmente útiles para mejorar la salud de otros). La [tabla 1](#) expone simplificada estos elementos.

La enseñanza basada en casos constituye una alternativa para la educación médica frente a las fórmulas docentes basadas en la presentación lineal de información (biomédica) según la secuencia habitual del contenido<sup>10</sup>. Los profesionales sanitarios saben desde tiempos inmemoriales que la información que se obtiene de un paciente será distinta dependiendo de dónde se ponga la atención. Así, una sesión podría partir de un caso clínico, y debería incluir la mayor parte de los siguientes aspectos: datos biopsicosociales; cuantitativos y cualitativos; experiencia de la enfermedad; varios actores (paciente, familia, comunidad); historia biográfica (proyectos, expectativas...); relación médico-paciente-familia-contexto; valoración de aspectos familiares y comunitarios (recursos, puntos fuertes y débiles, relaciones...), en el diagnóstico biopsicosocial y el tratamiento contextualizado y contextual<sup>11,12</sup>. Los médicos de familia trabajamos —o deberíamos trabajar— en base a estos elementos cruciales y diferenciadores de nuestra especialidad todos los días. Entonces, ¿por qué no les damos la importancia que se merecen? ¿Por qué no se defienden, y se sistematizan y profundizan? Porque no tenemos ese hábito de pensamiento aún incorporado, puesto que en realidad no se enseñan y enfatizan esos elementos cruciales y propios de la MF. ¡Y los estamos perdiendo! Sin embargo, la especialidad de MF solo perdurará y se justificará si da un valor añadido, diferencial y propio a su tarea.

## Bibliografía

1. Saura-Llamas J. Las sesiones clínicas como actividad formativa: situación actual y propuestas de mejora. *Tribuna Docente On Line*. 2007;9:1–16. [consultado 12/7/2010]. Disponible en: [http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/0902\\_Posgrado.pdf](http://www.tribunadocente.net/imagenes/publicaciones/0902_Posgrado.pdf).
2. Torío Duránte J, García Tirado MC. El área de razonamiento clínico en el nuevo programa de Medicina de Familia. *EL MÉDICO* 10 de septiembre de 2004; n.º 915. [consultado 12/7/2010]. Disponible en: [http://www.smmalaga.com/razonamiento\\_clinico\\_en\\_mf.doc](http://www.smmalaga.com/razonamiento_clinico_en_mf.doc).

3. Medicine Wars. La aventura del MIR de familia comentada por sus autores: residente y tutor. Blog [Internet]. Sesiones clínicas en el tercer milenio. [consultado 5/7/2010]. Disponible en: <http://medicinewars.wordpress.com/2009/04/03/sesiones-clinicas-en-el-tercer-milenio/http://medicinewars.wordpress.com/2009/04/03/sesiones-clinicas-en-el-tercer-milenio/>.
4. Gervás J, Carra B, Fernández-Camacho MT, Pérez-Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. *Med Clin*. 1998;111:218–21.
5. Mead M, Patterson HR. Sesiones de tutoría en medicina general. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación; 2005.
6. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess*. 2007;149:1–69. [consultado 5/7/2010]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764217>.
7. Khan KS, Coomarasamy A. A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Med Educ*. 2006;6:59. [consultado 5/7/2010]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17173690>.
8. Álvarez Montero S, Caballero Martín MA, Gallego Casado P, Nieto Gómez R, Latorre de la Cruz C, Rodríguez Martínez G. Sesiones basadas en escenarios clínicos. Una aplicación del aprendizaje basado en la resolución de problemas. *Medifam*. 2001;11:83–91. [consultado 12/7/2010]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682001000200005&script=sci_arttext).
9. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. ¿Pueden los peces vivir fuera del agua? Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en Medicina de Familia Aten Primaria. 2009;41: 629–32.
10. Pérez Franco B, Turabián JL. Estudio de casos. En: Ruiz Moral R, editor. *Educación Médica. Manual para clínicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 149–53.
11. Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2010;42:66–9.
12. Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. Mapa de una ciudad apenas vista. *Aten Primaria*. 2010;42:253–4.