



REFLEXIONES EN MEDICINA DE FAMILIA

¿Pueden los peces vivir fuera del agua? Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en Medicina de Familia

Can fish live out of water? Implications for teaching the biopsychosocial concept in family medicine

José Luís Turabián Fernández^{a,*},[♦] y Benjamín Pérez Franco^b,[♦]

^aCentro de Salud Polígono Industrial, Toledo, España

^bCentro de Salud La Estación, Talavera de la Reina, Toledo, España

Disponible en Internet el 13 de junio de 2009

Los médicos de familia son ahora «peces fuera del agua»

En España, los médicos de familia (MdF) son como «peces fuera del agua», y así se encuentran en una larga agonía. En la asistencia sanitaria, la visión biopsicosocial está ausente de la práctica real y prevalece el marco teórico de lo biológico. No se enfatizan suficientemente los elementos básicos específicos de la especialidad y los MdF llegan a ser un conglomerado de pequeños pediatras, pequeños internistas y pequeños psiquiatras (una versión en miniatura de otros especialistas)^{1–3}.

Implicaciones para la docencia de la concepción biopsicosocial en medicina de familia

El modelo biomédico afecta a las concepciones particulares acerca del conocimiento de las que derivan implicaciones pedagógicas. Cada disciplina científica recorta un campo del saber y puede llevar a la fragmentación⁴, que obstaculiza la capacidad para comprender fenómenos complejos, como los

que ocurren en medicina de familia (MF). La formación debería fundamentalmente clarificar los elementos centrales. La **tabla 1** presenta las características de la MF y las competencias centrales del MdF^{3,5–8}.

En muchos casos los cursos tienen metas, currículos, etc., que siguen un modelo biomédico, en el que la autoridad decide qué debe aprenderse y juzga si el aprendizaje ha sido satisfactorio. La formación de pregrado se focaliza mucho más en la acumulación de información teórica que en la capacidad práctica del buen abordaje de los problemas de salud. La formación farmacológica está orientada a la descripción de las características bioquímicas sin tener en cuenta otras que modifican el encuentro entre médico y paciente y condicionan las prescripciones de la práctica cotidiana.

En consecuencia, la formación que reciben los MdF no responde a las necesidades reales que la sociedad demanda. Es preciso centrarse en el desarrollo de los atributos no cognitivos de los profesores y de los tutores clínicos, así como en el conocimiento y las capacidades asociadas a la enseñanza efectiva⁹.

Las características centrales de la MF y las competencias básicas del MdF deberían implicar la prioridad de ciertos métodos docentes para la tutorización holística:

- 1) ciclo reflexión-acción;
- 2) aprender cómo se aprende: metaaprendizaje;
- 3) métodos pedagógicos para situaciones de incertidumbre y de complejidad-integralidad;
- 4) la conversación capacitadora entre tutor y residente, y
- 5) la autoevaluación.

*Autor para correspondencia.

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

[♦]Los autores son codirectores del curso a distancia «Aprender a ser tutor» de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) (2000–2008)

Tabla 1 Características de la Medicina de Familia y competencias del médico de familia

Características de la MF	Competencias del MdF	Ejemplo
1) La salud es una propiedad que emerge de la persona entendida como un sistema de vida complejo	Conocimiento médico	La depresión: aunque las pruebas desde el positivismo (el mundo está ordenado, es simple y predecible, es objetivo, su metodología es experimental y cuantitativa) ayudan a reconocer los hechos de la depresión y a considerar un conjunto de opciones terapéuticas disponibles, como generalistas, se sabe que la depresión no es una entidad única. Dentro de la depresión puede haber problemas pasados no resueltos, enfermedades físicas, problemas personales, problemas laborales, predisposición genética, disfunción familiar y muchos otros elementos que son tanto causa como consecuencia unos de otros. Al ayudar al paciente a que vea este amplio abanico de factores que contribuyen a su depresión, se lo puede ayudar a que se ayude a sí mismo. El diagnóstico de depresión no es el final del problema, sino el comienzo de una exploración generalmente compleja. El positivismo impide esta exploración de la complejidad porque reduce en vez de expandir el horizonte de la búsqueda
2) Variedad de problemas específicos y que, frecuentemente, «no vienen en los libros»: autolimitados (en primeros estadios), semiología inespecífica, comunicación verbal y no verbal, clínica individual como expresión de una problemática grupal o relacional, vivencia de la enfermedad, creencias, etc., y también, gestión de la invalidez transitoria, atención domiciliaria, atención continua, atención a problemas crónicos, comorbilidad, atención a la distimia, a los problemas psicosomáticos, a las peticiones de consejo de cualquier naturaleza, etc.	Aprendizaje basado en la práctica reflexiva y su mejora	
3) El concepto de diagnóstico como «desplegar un mapa» y centrado en el paciente en su contexto	Capacidades de comunicación y de relación interpersonal y práctica sistémica. Una atención <i>slow</i> . La administración sanitaria, en su obsesión por poseer los datos para planificar (y para orientar el sistema hacia el beneficio), está forzando a una atención <i>fast</i> , mientras la esencia de la MF sólo puede encontrarse en una atención <i>slow</i>	
4) Complejidad e impredecibilidad. No se ven los «problemas» exclusivamente como finales, sino como transiciones o como cambios, en donde hay un movimiento de una etapa a otra	Profesionalismo y ética	
5) Los pacientes son únicos y autónomos y experimentan la vida desde su propia perspectiva	Cuidar al paciente. Dominio de técnicas más humanas que instrumentales.	
6) El verdadero concepto de resolución y cura en la MF: desbloquear situaciones. Es una especialidad orientada a las personas frente a las especialidades centradas en la técnica y en la tecnología	El buen MdF es menos «médico». Más que pasar consulta, toma un café con sus pacientes (lo que incluye: les permite hablar, los comprende, se comprende, reflexiona, facilita la reflexión, decide de una manera participativa, facilita la confianza del paciente, hace equipo-alianza terapéutica con su paciente, etc.)	

MdF: médico de familia; MF: Medicina de Familia.

Ciclo reflexión–acción¹⁰

El ciclo de reflexión y acción, junto con el uso adecuado de preguntas abiertas —«¿por qué MF?», «háblame de tu papel en la consulta», «¿cuáles son tus puntos fuertes personales?», «¿en qué áreas te gustaría aumentar las capacidades y los conocimientos?», etc.—, puede ser una herramienta que facilite la reflexión. Al moverse en este ciclo —desde la experiencia concreta a la reflexión y análisis de la experiencia, a la identificación de marcos teóricos que expliquen esa experiencia y, finalmente, a su aplicación mediante la experimentación activa— se van integrando los nuevos aprendizajes y, en consecuencia, se consolidan, se desarrollan y se refinan en el tiempo los conocimientos, las capacidades y las actitudes.

«Aprender cómo se aprende»: metaaprendizaje

Es el aprendizaje sobre los contextos en los que se aprende. Los profesionales deben ser capaces de autoobservar de forma crítica las intervenciones y ser conscientes de cuáles son sus efectos y su coherencia: ¿qué hago?, ¿por qué lo hago?, ¿cómo lo hago?, etc.

Métodos pedagógicos para situaciones de incertidumbre y de complejidad–integralidad

Son preferibles los métodos de aprendizaje «no lineales» (adecuados para situaciones de incertidumbre, como la clínica en MF¹¹) (tabla 2).

La conversación capacitadora entre tutor y residente

Esta entrevista transita por 4 fases: a) ayudar a la persona aconsejada a determinar cuál es su problema; b) ayudar a la persona aconsejada a descubrir por qué hay un problema; c) alentar a la persona aconsejada a que examine tantas soluciones del problema como sea posible, y d) lograr que la persona aconsejada elija la solución más apropiada. Tras la tutorización capacitadora que se realiza con éxito, puede evidenciarse que el comportamiento del aprendiz cambia: es más maduro, autónomo y responsable.

Autoevaluación

En un enfoque de capacitación, centrado en el alumno, la evaluación final del problema formativo la hace el aprendiz. El propósito del tutor o del profesor es proporcionar las condiciones en las que el aprendiz es capaz de experimentar y de aceptar el diagnóstico de sus aspectos formativos problemáticos.

El arte de la medicina de familia: «estar como pez en el agua»

Como un pez que no puede respirar fuera del agua, los MdF están incómodos en un sistema sanitario biomédico. Es

Tabla 2 Métodos de aprendizaje «no lineales» (adecuados para situaciones de incertidumbre, como la clínica en medicina de familia)

- 1) Aprendizaje informal y no planificado
 - Aprendizaje por la experiencia y modelado
 - Aprendizaje estratégico, en la que se aprovechan oportunidades
 - Grupos de discusión durante las clases antes del resumen final del experto
 - Foros de discusión por correo electrónico
 - Aprendizaje entre colegas (individuos que han aprendido recientemente una capacidad enseñan a otros)
 - Feedback al aprendiz sobre los resultados reales o proyectados de sus acciones
- 2) Aprendizaje autodirigido
 - Grupos de colegas
 - Autoaprendizaje
 - Cuaderno de aprendizaje
 - Sesiones —entrevistas— de tutorización para valorar de forma regular y estructurada los progresos y las metas futuras
 - Cursos con programa flexible, modulares y con varias posibilidades de elección
- 3) Aprendizaje no lineal
 - Discusiones basadas en estudios de casos «integrales» (biopsicosociales)
 - Simulaciones
 - *Roleplay*
 - Trabajo en pequeños grupos
 - Aprendizaje de resolución de problemas
 - Ejercicios de trabajo de grupo que involucren la aparición de una tarea grupal más que individual

preciso crear condiciones adecuadas para la pervivencia de la especialidad. El estudiante debe reconocer que el desarrollo de la competencia no depende exclusivamente del conocimiento de los principios biológicos que subyacen en la enfermedad. Debe también ser consciente de la experiencia humana de estar enfermo y entender los factores psicológicos determinantes de la relación entre médico y paciente. Es ese conocimiento el que permite al clínico crear las condiciones óptimas para el estudio y la asistencia del paciente. El concepto de competencia incluye las emociones y lo cualitativo. El novicio avanza a experto competente al pasar de comportamientos basados en normas a comportamientos basados en contextos^{5,12}.

Bibliografía

1. Turabián JL. El misterioso caso del médico de familia. JANO. 2007;1636:14.
2. Stein HF. Family medicine's identity: Being generalist in a specialist culture?. Ann Fam Med. 2006;4:455–9.
3. Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria - atención contextualizada: la figura es

- el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria [citado 23 Mar 2009]. Disponible en: URL: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>.
4. Anderé C, Felipe AE, Domínguez T. La investigación dirigida por los alumnos como estrategia para el trabajo interdisciplinar en Ciencias Veterinarias. Revista Iberoamericana de Educación. Boletín de Novedades en el www de la OEI- 2003 Abr [citado 23 Mar 2009]. Disponible en: URL: <http://www.campus-oei.org/revista/experiencias52.htm>.
 5. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226–35.
 6. Olesen F. A framework for clinical general practice and for research and teaching in the discipline. Family Practice. 2003;20:318–23.
 7. Larson EB. Medicine as a profession. Back to basics: Preserving the physician patient relationship in a challenging medical market place. Am J Med. 2003;114:167–72.
 8. Thomas P. General medical practitioners need to be aware of the theories on which our work depend. Ann Fam Med. 2006;4:450–4.
 9. Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature. Clinical Education. Academic Medicine [citado 23 Mar 2009]. Disponible en: URL: <http://academicmedicine.org/pt/re/acmed/abstract.00001888-200805000-00007.htm;jsessionid=LZvDJYQMFR8hyJOMXyMWbw4qdhHKbh6LD1wm52vvp2JlWLY6jCp!1167962659!181195628!8091!-1>.
 10. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Mapas hacia la aventura. Aten Primaria. 2008;40:209–16.
 11. Fraser SW, Greenhalgh T. Complexity science: Coping with complexity: Educating for capability [citado 23 Mar 2009]. Disponible en: URL: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7316/799>.
 12. Morgan WL, Engel GL. The clinical approach to the patient. London: WB Saunders Company; 1969.