

ÁREA DOCENTE

Un nuevo enfoque de la enseñanza de la atención familiar en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

De la Revilla L¹, Bailón E², Moreno A³, Fleitas L⁴, Alcaine F⁵ y Campa F⁶.

¹ *Coordinador Regional de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud, Presidente de la FUNDESFAM,* ² *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Granada,* ³ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Jaén,* ⁴ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Almería,* ⁵ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Málaga y* ⁶ *Médico de Familia, Tutor de la Unidad Docente de M.F. y C de Sevilla.*

INTRODUCCIÓN

El avance en un determinado campo de conocimientos médicos requiere un esfuerzo especial encaminado a transformar los conceptos y habilidades que utiliza el especialista en la práctica diaria en una disciplina académica. La transmisión de los conocimientos de la práctica familiar a los médicos en formación postgraduada, conformados como disciplina académica, mediante los métodos adecuados, se constituye en la base de la docencia en atención familiar.

La docencia es un *continuum* que se inicia en el periodo de la licenciatura, sigue en la etapa de formación especializada y se mantiene a lo largo de los años de formación continuada. Por ello y para conseguir que progrese la atención a la familia es indispensable que esta disciplina forme parte de los planes de enseñanza tanto en el curriculum de pregrado como en el de postgrado y de formación continuada del especialista en medicina familiar y comunitaria.

La Comisión Regional de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio Andaluz de Salud tomó la decisión de crear un grupo de trabajo para que analizara la situación actual de la enseñanza del Área de Atención Familiar y estableciera las bases para estructurar un nuevo modelo docente, de tal manera que se diseñara los objetivos del nuevo programa. En el mes de marzo de 2000 la Comisión Regional estudio y aprobó el nuevo programa, junto con el compromiso de ponerlo en marcha, de forma progresiva, en todas las Unidades Docentes de Andalucía.

En las páginas siguientes se exponen los elementos que constituyen las bases del programa de atención familiar para los médicos residentes de la especialidad de medicina familiar y comunitaria

LA ATENCIÓN FAMILIAR EN LA FORMACIÓN POSGRADUADA

De forma sucinta vamos a exponer la situación de la formación en atención familiar tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno.

La formación de postgrado en atención familiar en otros países

Los programas de postgrado en la especialidad de medicina familiar centran sus actividades académicas de acuerdo con el perfil del especialista que se desea formar, poniendo mayor o menor énfasis, en la atención individual, integral e integrada, en la comunitaria o en la familiar.

La mayoría de las organizaciones de la nueva especialidad de medicina familiar que se han incorporado a la WONCA, tienen establecidos programas de residencia de formación posgraduada de dos o tres años para preparar a los licenciados en medicina a ser médicos de familia competentes. El paquete de habilidades requeridos y los componentes necesarios en la formación de un médico de familia han sido publicados por la WONCA y esta presentes en diversas publicaciones como la de Spann y Osterggard entre otras.

Revisando los programas del Reino Unido, EE.UU. y Canadá, que cuentan con una dilatada experiencia en la formación postgraduada en esta especialidad, podemos conocer la cuantía de conocimientos y habilidades que han

Recibido el 30-01-2001; aceptado para su publicación el 26-02-2001.

Medicina de Familia (And) 2001; 2: 64-74

incorporado a sus curriculum para manejar y atender a las familias.

El programa del Departamento de Medicina General de la Escuela Médica postgraduada de la Universidad de Exeter (Reino Unido) divide su curriculum en 5 áreas: Salud y enfermedad, desarrollo humano, conducta humana, medicina y sociedad y organización de la práctica general.

Los aspectos que abordan la atención familiar, no constituyen un único cuerpo de doctrina, sino que aparece disgregado e incorporado a las distintas áreas. Así en el área 2 hace referencia a los desórdenes familiares y a algunas características del ciclo vital familiar. En el área 3 se estudia el grupo familiar y el tratamiento de enfermedades en la familia. Por último en el área 4 se incluye un apartado sobre aspectos sociológicos de la familia.

El RAP (Residency Assistance Program) creado por un conjunto de instituciones de los Estados Unidos para mejorar la calidad del programa de residentes de medicina familiar redactó un documento para evaluar dichos programas.

La parte de dicho documento que se ocupa de los contenidos curriculares de la especialidad está constituida por los capítulos de la medicina familiar, el comportamiento humano, psiquiatría, medicina comunitaria y los correspondiente a las áreas de conocimientos en medicina, cirugía, pediatría, obstetricia-ginecología y otras especialidades.

Pues bien, en el capítulo correspondiente a la medicina familiar se incluye un apartado en relación a la atención familiar; encontrando otra referencia sobre dinámica familiar en el capítulo sobre el comportamiento humano.

La formación del médico de familia en Canadá, también incorpora en su programa elementos de atención familiar, atendiendo a los criterios establecidos por el College of Family Physicians of Canada, presentando un enfoque de atención primaria de salud dentro del contexto de la familia y la comunidad.

La formación de postgrado en atención familiar en España

En España el primer programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad en 1985, centraba sus objetivos docentes en el individuo y la comunidad, sin hacer ninguna mención a la atención familiar.

En el programa elaborado en 1990 se corrige este déficit señalando, en el apartado que especifica el perfil del profesional, que el mé-

co de familia es el especialista que realiza atención primaria de alta calidad prestando cuidados integrales de salud desde una perspectiva biopsicosocial al individuo, la familia y la comunidad.

Por otro lado en el apartado en el que hace referencia a las responsabilidades del médico de familia se escribe:

«3.—Orientación hacia la salud de la familia: 3.1.—Se responsabilizará del proceso de salud-enfermedad de la familia, de manera que la solución de los problemas se aplique a la familia como un todo, ya que cualquier proceso que afecte a un miembro individual repercutirá en todo el sistema familiar. 3.2.—Conocerá que las disfunciones familiares son capaces de crear patologías psicosociales en sus miembros y que la familia se constituye en uno de los recursos más importantes para cada uno de sus componentes».

En el capítulo de áreas docentes, se crea una nueva denominada «Atención a la familia, sociología y antropología de la salud».

Conviene recordar también, que en el último programa de la especialidad elaborado por la Comisión Nacional en 1993, se ha mejorado y ampliado el espacio docente dedicado a la atención a la familia, agrupando los objetivos docentes en tres tareas fundamentales: abordar a la familia como una unidad de atención, atender los problemas de la familia comunes en atención primaria de salud y garantizar la continuidad de la atención a la familia.

BASES PARA ESTABLECER UN PROGRAMA DOCENTE DE ATENCIÓN FAMILIAR

Al diseñar un programa sobre la enseñanza de la atención a la familia, conviene estudiar, aunque sea de forma sucinta, las bases sobre las que se apoya el modelo docente que se propone.

Parece conveniente hacer algunos comentarios acerca de las bases sobre las que se sustenta este programa, esto es, entender a la familia como una unidad de atención, contar con un modelo explicativo de la atención familiar, diferenciar el trabajo con familias, de la terapia familiar y conocer cuales son las actividades que debe de realizar el médico en la atención familiar (tabla 1).

TABLA 1
BASES DEL PROGRAMA DOCENTE DEL ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> — La familia como Unidad de Atención. — Bases teóricas y modelos explicativos de la Atención Familiar. — Diferencias entre trabajar con familias y la terapia familiar. — Actividades del médico de familia que justifican el estudio de la Atención Familiar: — Problemas psicosociales. — Crisis de desarrollo. — Abordaje familiar en pacientes crónicos, discapacitados y terminales. |
|---|

La familia como unidad de atención

La familia, como subsistema social abierto, en constante interacción con el medio, compuesta por individuos que asumen su pertenencia al sistema, que reciben y prestan apoyo y comparten recursos, se constituye en una parte importante de la práctica familiar.

Si además aceptamos a la familia como un todo, es decir, como una unidad integral que es mas que la suma de sus miembros, nos veremos obligados a realizar un aprendizaje específico para poder responder no solo a las tradicionales demandas de atención individual, sino también a las nuevas demandas de atención a la familia.

Necesidad de utilizar un modelo para abordar familias

Para poder estudiar y analizar los problemas e interacciones familiares debemos utilizar un modelo explicativo de la atención familiar (tabla 2). Las bases sobre las que se

TABLA 2
LOS CONCEPTOS Y LOS FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL MODELO EXPLICATIVO DE LA ATENCIÓN FAMILIAR

Bases teóricas:	— Teoría sistémica
	— Teoría ecológica
	— Teoría de la comunicación
Factores que intervienen en el modelo:	
	— Acontecimientos vitales estresantes
	— Situación de la familia:
	Estructura familiar
	Etapas del ciclo vital
	Creencias y experiencias
	Relaciones interpersonales
	Función familiar
	— Red y apoyo social
	— Los recursos del propio paciente

sustenta el modelo son la teoría de sistemas de von Bertalanffy, la teoría ecológica según las propuestas de Galazzka y Eckert y la teoría de la comunicación que a partir de los trabajos de Bateson adopta un enfoque sistémico. De las tres la teoría general de sistemas es la que realiza mas aportaciones al modelo.

Siguiendo a Andolfi vamos a considerar tres aspectos de la teoría de sistemas que aplicados a la familia nos permite entenderla como un sistema y facilita el abordaje familiar:

1. *La familia es un sistema en constante transformación.* Es decir que la familia cambia a lo largo del tiempo y tiene que adaptarse a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo, esto es, del ciclo vital, por los que atraviesa.

2. *La familia es un sistema activo que se autogobierna.* La familia mediante el aprendizaje, gracias a las nego-

ciaciones entre sus miembros y a las reglas, consigue conocer lo que les está permitido y prohibido, facilitando la respuesta a las cambiantes demandas personales y sociales.

3. *La familia es un sistema abierto en interacción con otros sistemas.* La familia tiene una estrecha conexión con su entorno, esto significa que las relaciones intrafamiliares solo se pueden entender, si se evalúan dentro del contexto de las relaciones sociales que las condicionan.

En nuestro modelo (de la Revilla) los factores que interviene son: los acontecimientos vitales estresantes, la situación de la dinámica familiar, el apoyo social y los recursos que promueve el propio paciente. En el modelo interaccionan todos estos factores.

En la primera fase del modelo, destacamos, por una parte, la importancia de los eventos estresantes y de los problemas de relación y comunicación como causantes de los problema de salud y, por otra, la importancia de la circularidad, para mantener los síntomas, desencadenar crisis y disfunción familiar.

En la segunda fase incorporamos un nuevo elemento, en este caso positivo, constituido por la red y el apoyo social. De esta forma contamos, en el modelo explicativo con dos fuerzas antagónicas, una negativa y desestabilizadora, que la conforman los acontecimientos vitales estresantes, y otra positiva y compensadora que es el apoyo social. En la tercera fase del modelo estaremos en condiciones, una vez conocidos estos factores y especialmente la situación

estructural y funcional de la familia, para plantear la hipótesis sistémica y decidir la intervención.

Diferenciar el trabajo con familias de la terapia familiar

Parte de los conceptos e instrumentos de la atención familiar proceden de los terapeutas familiares, es mas, algunos médicos de familia para realizar abordajes familiares han realizado cursos o *maestros* de terapia familiar.

Pero al utilizar las técnicas de la terapia familiar se constata que si bien existen estrategias de actuación comunes, también se aprecian diferencias y sobre todo importantes dificultades de aplicación en la práctica, de tal forma que, en la mayoría de las ocasiones, el modelo de terapia familiar es imposible de aplicar en la consulta de atención primaria.

Creemos que se debe diferenciar lo que es abordar problemas familiares de la terapia familiar. Al igual que Eia Asen encontramos las siguientes diferencias entre trabajar con familias en atención primaria y la terapia familiar (tabla 3).

TABLA 3

DIFERENCIAS ENTRE EL TRABAJO CON FAMILIAS Y LA TERAPIA FAMILIAR

TRABAJO CON FAMILIAS	TERAPIA FAMILIAR
1. Profesional de Atención Primaria	Profesional de 2.º ó 3.º nivel de atención
2. Conoce y trata a todos los miembros de la familia	Tiene un contacto limitado y específico con la familia
3. Tiempo limitado de consulta	Tiene tiempo ilimitado
4. Utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis e intervenciones	Plantea hipótesis complejas sobre la dinámica familiar.

— Trabajar con familias supone realizar un nuevo enfoque como médico de familia, dentro del espacio de la atención primaria. Por el contrario la terapia familiar es una actividad propia de un especialista del segundo o tercer nivel de atención.

— El médico de familia tiene la gran ventaja de que conoce y trata, por múltiples problemas de salud, a todos los miembros de la familia, mientras que el terapeuta familiar tiene un contacto coyuntural y limitado en el tiempo con la familia, relacionado con algún problema específico de ésta.

— El médico de familia se responsabiliza de atender las demandas tanto por problemas físicos como por los psíquicos y sociales. Mientras que el terapeuta familiar se ocupa de atender sólo a las familias disfuncionales.

— El médico de familia utiliza conceptos sistémicos para generar hipótesis pero sus intervenciones son sencillas y limitadas. Mientras que el terapeuta realiza hipótesis complejas sobre la dinámica familiar.

— Pero la mayor diferencia en el trabajo de uno y otro profesional radica en el factor tiempo. El médico de familia tiene un tiempo muy limitado en su consulta, aunque lo amplíe utilizando el espacio de la consulta programada. Por el contrario el terapeuta familiar cuenta con un tiempo casi ilimitado. Es precisamente esta limitación en el tiempo la principal razón para que el médico de familia tenga dificultades para la práctica con familias.

Las actividades del médico de familia en atención familiar

A continuación vamos a exponer de forma sucinta cuales son las actividades que puede realizar el médico de familia en su consulta, que justifican la formación específica en atención familiar

— *Problemas psicosociales.*

Los problemas psicosociales se definen como aquellas situaciones de estrés social que producen o facilitan la

aparición de manifestaciones clínicas, físicas, psíquicas o psicosomáticas, así como crisis y/o disfunción familiar.

Una parte importante de la demanda del médico de familia está motivada por problemas psicosociales y en un porcentaje elevado de casos el origen de estos problemas se encuentra en la familia. La prevalencia estimada de los problemas psicosociales en Atención Primaria es muy variable y está entre el 27 % detectado en el estudio de Stumbo, hasta el 84 % observado por Stoeckle y cols. En su estudio Katon sugiere que aproximadamente el 50 % de los pacientes que visitan a su médico lo hacen por un problema psicosocial.

Por esta elevada prevalencia se comprende que una de las actividades más relevantes del médico de familia es la de detectar, diagnosticar e intervenir sobre problemas psicosociales.

— *Crisis de desarrollo.*

La familia atraviesa diferentes fases a lo largo de su vida. Cada nueva fase representa una amenaza potencial para su organización y le va a requerir la realización de múltiples ajustes. La secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su creación hasta su disolución se conoce como **ciclo vital familiar**. Cada uno de estos estadios está bien definido, con problemas predecibles y consultas comunes en atención primaria, lo que va a permitir al profesional sanitario, que es consciente de dichas fases, establecer acciones preventivas.

El paso de una fase a otra del ciclo vital se conoce como transición, rito de paso o crisis de desarrollo y supone siempre una verdadera transformación del sistema familiar, a la vez que constituye un momento privilegiado para la intervención terapéutica.

Las crisis de desarrollo coinciden con el tránsito de una etapa a otra del ciclo vital, son universales y por lo tanto previsible y pueden dar lugar a cambios permanentes en el estatus y la función de los miembros de la familia. El médico de familia, debido al carácter longitudinal de la atención que presta, tiene la oportunidad de observar a todos los miembros de la familia, conocer el estadio en el que se encuentra en cada momento esa familia y los recursos con los que cuenta; todo esto le sitúa en una posición muy ventajosa para poder realizar asesoramiento familiar.

El asesoramiento familiar anticipado tiene la ventaja de que al informar a la familia sobre los cambios y los ajustes que va a tener que realizar al transitar de una etapa a otra del ciclo vital familiar, puede prevenir la aparición de problemas de adaptación de la familia a las nuevas etapas.

— **Abordaje familiar en pacientes con patologías crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales.**

La enfermedad crónica por su frecuencia y por las necesidades de ayuda que demanda supone una notable carga de trabajo para los profesionales de atención primaria. En estos últimos años, esta carga de trabajo se ha elevado debido a que el aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población y en consecuencia a un incremento de las enfermedades crónicas.

Esta situación se agrava porque la discapacidad complica con frecuencia el curso de las afecciones crónicas, pero el panorama asistencial se ensombrece aún más, si tenemos en cuenta que algunos de los pacientes incapacitados tienen dificultades para acudir a los centros sanitarios y requieren de una atención domiciliaria.

A este esfuerzo asistencial se suma los aspectos emocionales negativos que viven el médico y la familia en torno al enfermo crónico, como son el temor y la incertidumbre por lo ambiguo de una situación que se va prolongando a lo largo del tiempo y que se hace más y más tensa, por las frecuentes expectativas negativas de que el paciente empeore y termine en la muerte.

Puesto que la enfermedad crónica, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida, es necesario un nuevo enfoque que permita y facilite la relación del proceso crónico con su entorno social y familiar. Pensamos que la atención familiar, considerada como un modelo orientado hacia un enfoque holístico y ecosistémico de la medicina, puede aportar el soporte conceptual y tecnológico necesario para abordar de manera distinta y nueva a los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, capacitándolos para resolver tanto los problemas físicos del paciente como los problemas psicosociales a las que está sometida la familia cuando uno de sus miembros sufre una enfermedad crónica.

Esta nueva visión ecosistémica obligará a tener en cuenta a la familia y a la persona enferma, entendiendo a la familia, como sistema prestador de cuidados o como una unidad gestora de salud. Proponemos, por tanto, un cambio radical en la atención de los enfermos crónicos, que manteniendo los parámetros biomédicos tradicionales, permita abordar los aspectos psicosociales de la familia.

De otra parte los enfermos crónicos e inmovilizados tienen que estudiarse en el doble contexto de lo sanitario y lo social, para que puedan recibir de forma eficiente los recursos humanos

y materiales que aportan tanto los servicios sanitarios hospitalarios y de atención primaria como los servicios sociales comunitarios e institucionales. Esta conjunción de personas y servicios requieren, para su coordinación, de un trabajo en equipo, en el que participen profesionales sanitarios y no sanitarios, que aun utilizando conceptos y técnicas propias tengan objetivos comunes en la atención a los pacientes crónicos.

Parte de lo que les ocurre a estos enfermos se dirige en el escenario del hogar, en él, a través de la atención domiciliaria, se intenta una asistencia clínica, que incluye aspectos sociofamiliares, orientada a conseguir en los pacientes y la familia el mayor grado de independencia, la potenciación del autocuidado y una mejora de la calidad de vida en relación con los problemas de salud que les afectan.

— **Disfunción familiar.**

Los problemas de salud individuales y especialmente cuando distintos miembros de la familia son hiperutilizadores, es decir, como señalaba Christie-Selly, estamos ante familias propensas a enfermar, en bastantes ocasiones, tienen su origen en una disfunción familiar. Por ello el médico de familia deberá formarse para estudiar e intervenir en la disfunción familiar.

OBJETIVOS DOCENTES

Hemos agrupado los objetivos docentes en siete tareas: Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica, aprender a utilizar instrumentos para abordar familias, conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar, conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar, estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar, conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado, y atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar (Tabla 4).

TABLA 4
OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FAMILIAR

Tarea 1:	Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistema.
Tarea 2:	Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias.
Tarea 3:	Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar.
Tarea 4:	Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar.
Tarea 5:	Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar.
Tarea 6:	Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado.
Tarea 7:	Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar.

En las páginas siguientes se estudian estas tareas, especificando cuales son los conocimientos, habilidades y actitudes para cada una de ellas.

Tarea 1. Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Relacionar la familia con los problemas de salud.
2. Conocer la función familiar.
3. Aprender la teoría de sistemas.
4. Entender a la familia como un sistema.
5. Conocer el modelo ecológico familiar.
6. Conocer las bases teóricas de la comunicación humana.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar los roles y funciones familiares.
2. Identificar la reglas, normas y rituales familiares.
3. Evaluar los sistemas de interacción y comunicación familiar.
4. Distinguir las patologías de la comunicación.
5. Reconocer los niveles del modelo ecológico.
6. Utilizar el modelo sistémico al abordar familias.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la responsabilidad de la atención a la familia.
2. Entender que la salud familiar tiene que ver no solo con la salud-enfermedad de cada uno de sus miembros, sino además con el grado de función o disfunción familiar.
3. Reconocer la importancia de la familia en la salud individual.

Tarea 2. Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Los elementos y principios que configuran un genograma.

2. Las bases del modelo del círculo o eco-mapa.
3. El método e indicaciones para usar el mapa familiar.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Construir e interpretar un genograma.
2. Construir e interpretar un eco-mapa.
3. Facilitar la construcción del mapa familiar.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Usar el genograma, el modelo de círculos y/o el mapa familiar ante la sospecha de que una situación clínica tenga relación con la familia.

Tarea 3. Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer las relaciones entre estructura familiar y función familiar.
2. Clasificar a las familias desde el punto de vista estructural.
3. Evaluar las relaciones de las familias de origen y la familia de procreación.
4. Entender la historia familiar como un tránsito a través de las etapas del ciclo vital.
5. Clasificar a las familias según el ciclo vital familiar.
6. Reconocer los problemas emocionales, conductuales y de interacción que tienen que ver con las etapas del ciclo vital familiar.
7. Estudiar las crisis de desarrollo.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar la tipología estructural familiar.
2. Identificar las etapas del ciclo vital familiar.
3. Relacionar la estructura y el ciclo vital con los problemas de salud.
4. Relacionar la estructura y el ciclo vital con la función y disfunción familiar.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Entender que la salud familiar tiene una estrecha relación con los cambios estructurales y la tipología demográfica de la familia.
2. Reconocer la importancia de la atención longitudinal basada en el paso por las sucesivas etapas del ciclo vital familiar.

Tarea 4. Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en la dinámica familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer las características que conforman los acontecimientos vitales estresantes.
2. Los efectos que sobre el individuo y la familia producen los factores estresores.
3. Conocer los sistemas de evaluación de acontecimientos vitales estresantes.
4. Conocer la importancia y las dimensiones de la red social.
5. Conocer las dimensiones del apoyo social.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Identificar los acontecimientos vitales mediante cuestionarios o el uso de genogramas.
2. Identificar y analizar la red social.
3. Utilizar instrumentos para evaluar las dimensiones del apoyo social.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Reconocer la importancia que tiene el estrés social como causa de alteraciones del sistema familiar.
2. Valorar el importante papel que ejerce el apoyo social en el proceso de salud-enfermedad individual y en la función familiar.

Tarea 5. Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en su contexto familiar

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer la tipología psicosocial de la enfermedad crónica y su relación con la organización y función familiar.
2. Evaluar la importancia de la familia en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas, discapacitados e inmovilizados.
3. Conocer el papel del paciente crónico, discapacitado o inmovilizado en el desencadenamiento de problemas psicosociales o de disfunción familiar
4. Reconocer las características y funciones del cuidador principal.
5. Establecer modelos de intervención familiar en pacientes con patologías crónicas, discapacitados e inmovilizados.
6. Conocer el papel de la familia en el manejo del paciente terminal.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Utilizar instrumentos para evaluar aspectos estructurales y del ciclo vital familiar en estos pacientes.
2. Utilizar instrumentos para conocer la tipología psicosocial, experiencias y creencias de la enfermedad crónica.
3. Evaluar la red y apoyo social en estos pacientes.
4. Identificar las peculiaridades del cuidador principal, sus conflictos, grado de satisfacción y problemas de salud.
5. Manejar a estos pacientes desde una perspectiva sistémica familiar.
6. Establecer mecanismos de intervención.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la necesidad de abordar a los pacientes crónicos, discapacitados, inmovilizados o terminales desde una perspectiva familiar.

Tarea 6. Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer los cambios emocionales, de la conducta y de relaciones que se producen en las familias en cada etapa del ciclo vital.
2. Conocer las características de las crisis de desarrollo o de las transiciones en las fases del ciclo vital familiar.
3. Conocer los métodos de asesoramiento familiar.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Resolver problemas de las familias de origen y procreación en la etapa de nido sin usar.
2. Manejar instrumentos de atención familiar en primigestas.
3. Utilizar técnicas para conocer los problemas de las familias con hijos pequeños.
4. Evaluar los problemas personales, familiares y sociales de los adolescentes.
5. Identificar los cambios y conflictos relacionales de la familia lanzadera.
6. Evaluar los cambios emocionales y conductuales de la etapa de nido vacío.
7. Diseñar estrategias para la captación y puesta en marcha de acciones de asesoramiento familiar anticipado.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Asumir la responsabilidad de atender a los problemas relacionadas con el desarrollo familiar.
2. Entender la importancia de la atención longitudinal familiar en relación con las transiciones de las etapas del ciclo vital.

Tarea 7. Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar.

Conocimientos: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (saber...)»:

1. Conocer los factores que intervienen en la génesis de los problemas psicosociales y en la disfunción familiar.
2. Detectar problemas psicosociales.

3. Establecer hipótesis sistémicas ante problemas psicosociales y disfunción familiar.
4. Diagnosticar los distintos tipos de disfunción familiar.
5. Establecer las bases de la intervención familiar.
6. Conocer las bases de la terapia familiar breve.
7. Estudiar a las familias de riesgo social.

Habilidades: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener la destreza para...)»:

1. Utilizar instrumentos para diagnosticar problemas psicosociales
2. Plantear una hipótesis sistémica.
3. Conocer el valor del síntoma en el contexto de los problemas psicosociales y la disfunción familiar.
4. Utilizar instrumentos para evaluar la función familiar.
5. Conducir una entrevista familiar.
6. Realizar intervenciones centrada en los problemas.
7. Prescribir una directiva.
8. Realizar intervenciones centrada en las soluciones.

Actitudes: «El residente de Medicina Familiar al finalizar su formación postgrado DEBERÁ SER CAPAZ DE (tener una predisposición a...)»:

1. Atender los problemas psicosociales simultáneamente con los problemas clínicos.
2. Abordar desde un punto de vista sistémico los problemas individuales y familiares

EL PROGRAMA

El programa lo conforman 43 unidades, de las cuales las 17 primeras corresponden al programa teórico del primer año de la especialidad, las unidades 18 a la 27 al programa del segundo año y las unidades 28 a la 43 al programa del tercer año de la especialidad.

De otra parte los contenidos de las Unidades vienen a dar respuesta a las tareas que conforman los objetivos del programa del Área de Atención Familiar. Así la tarea uno «Acercarnos a la familia como unidad de atención desde la perspectiva ecológica y sistémica», corresponden las unidades 1,2,3 y 4; a la tarea dos «Aprender a utilizar instrumentos para abordar familias» a las unidades 5,6,29,34 y 35; a la tarea tres «Conocer la importancia de la estructura familiar y del ciclo vital familiar en la salud familiar» a las unidades 7,8, 30 y 31; a la tarea cuatro «Conocer el importante papel de los factores estresores y de la existencia de una red que aporte apoyo social en la producción de alteraciones en

la dinámica familiar» a las unidades 9,10,32 y 33; a la tarea cinco «Estudiar a los paciente con enfermedades crónicas, discapacitados, inmovilizados y terminales en contexto familiar» a las unidades, 11,12,13,14,15,16 y 17; a la tarea seis «Conocer las crisis de desarrollo y los sistemas de asesoramiento familiar anticipado» a las unidades 18,19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 25, 27, 28 y, por ultimo, a la tarea siete «Atender a los problemas psicosociales y la disfunción familiar» a las unidades 34,35, 36, 37,38,39, 40, 41, 42 y 43.

A continuación se especifican los contenidos teóricos de cada una de las Unidades que comprenden el programa del Area de Atención Familiar.

Unidad 1.—La atención familiar en la práctica del médico de familia. Definición de familia. Salud Familiar.

Unidad 2.—Los modelos explicativos de la atención familiar

Unidad 3.—Las teorías ecológica, sistema y de la comunicación.

Unidad 4.—La familia como sistema.

Unidad 5.—El genograma. Cómo se construye.

Unidad 6.—La entrevista para realizar el genograma.

Unidad 7.—Estructura familiar.

Unidad 8.—Ciclo vital familiar.

Unidad 9.—Los eventos estresores

Unidad 10.—Los recursos familiares.

Unidad 11.—Modelos explicativos de las enfermedades crónicas en relación con la atención familiar.

Unidad 12.—Abordaje familiar en patologías crónicas. Tipología psicosocial, cronología de la enfermedad, ciclo vital familiar.

Unidad 13.—Abordaje familiar en patologías crónicas. Creencias y experiencias. Organización y función familiar.

Unidad 14.—Abordaje familiar en pacientes discapacitados y/o inmovilizados.

Unidad 15.—Abordaje familiar en paciente terminales. El duelo.

Unidad 16.—Cuidados formales e informales. El cuidador principal familiar.

Unidad 17.—Atención domiciliaria y atención sociosanitaria.

Unidad 18.—El ciclo vital familiar y las crisis de desarrollo.

Unidad 19.—Asesoramiento familiar. Conceptos. Métodos.

Unidad 20.—Asesoramiento familiar anticipado. Técnicas.

Unidad 21.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa I del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 22.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa II-A del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 23.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa II-B del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 24.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa III del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 25.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa IV del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar.

Unidad 26.—Problemas de salud, emocionales y conductuales en la etapa V y VI del ciclo vital familiar. Asesoramiento familiar

Unidad 27.—Estudio de las dislocaciones o disrupciones del ciclo vital familiar.

Unidad 28.—Sistema de registro familiar.

Unidad 29.—Instrumentos para el estudio de la familia: modelo de circulo, mapa familiar.

Unidad 30.—Relación entre estructura y función familiar.

Unidad 31.—Relación entre ciclo vital y función familiar.

Unidad 32.—Evaluación de los acontecimientos vitales estresantes.

Unidad 33.—Red social y apoyo social.

Unidad 34.—El genograma en el estudio de los procesos psicosociales.

Unidad 35.—La entrevista familiar.

Unidad 36.—Problemas psicosociales. Factores causales. Sistemas de detección. Manifestaciones clínicas y familiares.

Unidad 37.—Problemas psicosociales. Diagnóstico.

Unidad 38.—Disfunción familiar.

Unidad 39.—Análisis de los distintos tipos de disfunción familiar.

Unidad 40.—Familias de riesgo social.

Unidad 41.—Modelos de intervención familiar. Intervención de red.

Unidad 42.—Bases de la terapia basada en los problemas.

Unidad 43.—Bases para la terapia familiar breve centrada en las soluciones.

LA DISTRIBUCION EN EL TIEMPO DE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El aprendizaje de las materias que conforman el Área de Atención Familiar se realizará a lo largo de los tres años de formación, utilizando distintos lugares de aprendizaje y diversos métodos docentes como exponemos en la tabla 5.

TABLA 5
 ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR, AÑO DE RESIDENCIA Y LUGAR DE APRENDIZAJE

ÁREA DE ATENCIÓN FAMILIAR	AÑO DE RESIDENCIA	LUGAR DE APRENDIZAJE
Bases conceptuales generales. Instrumentos. Abordaje pacientes crónicos, terminales...	R-1	Consultas y salas del hospital. Seminarios. Sesiones clínico-familiares
Asesoramiento e intervención en crisis de desarrollo relacionadas con el C.V.F.	R-2	Centro de salud. Consulta del hospital. Seminarios. Sesiones clínico-familiares
Detección de problemas psicosociales y disfunciones familiares. Diagnóstico e intervenciones. Entrevista familiar	R-3	Centro de salud. Seminarios. Sesiones clínico-familiares

Durante este periodo los médicos residentes seleccionarán pacientes que tengan una enfermedad crónica, de los servicios de medicina interna o especialidades médicas, por donde estén rotando. En este caso utilizarán los instrumentos de abordaje biomédico familiar y estudiarán el caso desde una doble perspectiva biomédica y psicosocial. Estos casos se presentarán en sesiones clínico-familiares, que

A continuación describiremos los contenidos del programa durante el periodo de residencia.

tendrán una periodicidad mínima, de una sesión al mes.

Durante el primer año

Durante el primer año, el médico residente se acerca a la especialidad con escasos conocimientos sobre la medicina familiar y sin conocer sus expectativas profesionales futuras, contrasta con lo que le ocurre a los restantes residentes que se incorporan a especialidades tradicionalmente bien establecidas, ocupando además un espacio de trabajo permanente.

El aprendizaje en un campo de conocimientos propios y exclusivos del médico de familia, le permitirá entender mejor su perfil profesional y justificaria ante sí mismo y ante los restantes residentes la formación en esta especialidad.

La atención profesional dirigida a un nuevo sujeto de la acción como es la familia, permite cumplir en el campo de la formación un doble objetivo: uno el ya referido de aportar conocimientos sobre un campo de aprendizaje propio y otro, el más importante, capacitar el futuro especialista en medicina familiar y comunitaria en la práctica con familias.

Las bases del aprendizaje durante el primer año serán los siguientes.

En primer lugar la formación estará encaminada a entender a la familia como una unidad de atención y en aprender los principios de la teoría ecológica y especialmente de la teoría de sistemas aplicadas a la familia.

Se enseñaran los conceptos e instrumentos básicos de la atención familiar, tales como estructura familiar, ciclo vital familiar, acontecimientos vitales estresantes, recursos familiares y función familiar. También aprenderán a construir y evaluar genogramas.

El aprendizaje de estos conceptos y técnicas deben de encontrar una pronta justificación para que tenga un correcto sentido este aprendizaje. Por ello durante su estancia en el hospital deberán aprender a tratar a pacientes crónicos, inmovilizados y terminales desde una perspectiva familiar.

Durante el segundo año

Un aspecto importante de la práctica con familias es atender a las crisis de desarrollo que surgen en las transiciones de las etapas del ciclo vital familiar. El médico de familia debe de aprender a evaluar los cambios conductuales, emocionales e interrelacionales que sufren los miembros de la familia y también la propia familia al transitar por las etapas del ciclo vital.

También deben de conocer los problemas de salud que son prevalentes en las distintas etapas del ciclo e igualmente relacionar los programas de salud comunitarios con los estadios del ciclo vital familiar.

Aprenderá a realizar asesoramiento familiar ante las crisis de desarrollo y de forma especial a establecer asesoramiento familiar anticipado para prevenir las crisis.

Durante las rotaciones hospitalarias y en el centro de salud, su paso tanto por las consultas de pediatría, como por las de obstetricia facilitaría el estudio de familias en las etapas de *la pareja que espera* (etapa I), *familias con niños* (etapa II-A) y *con adolescentes* (etapa II-B).

Todas estas circunstancias propician que durante el segundo año de formación los médicos de familia aprendan a manejar y a prever las crisis de desarrollo.

Aprovechará especialmente las rotaciones por las consultas de pediatría y del programa maternal en el centro de salud, para realizar estudio de los cambios conductuales y emocionales, y acerca del tipo de asesoramiento anticipado correspondiente a las etapas, I, IIA y IIB del ciclo vital familiar. Los casos estudiados se llevarán a las sesiones clínico-familiares, que tendrán una periodicidad mensual.

Durante el tercer año

El tercer año de residencia se considera crucial en la formación del futuro especialista en medicina familiar. Su estancia en el centro de salud, asumiendo responsabili-

dades crecientes en la atención médica, le coloca en la posición idónea para poder utilizar los conocimientos adquiridos en años anteriores y para aprender las habilidades propias del médico de familia.

Deberá ser el lugar idóneo y el momento propicio para trabajar con familias completando y ampliando los conocimientos aprendidos en los años previos.

Un número importante de las demandas en la consulta del médico de familia se debe al estrés social y gran parte de los factores estresores se encuentran en la familia. Es el momento de aprender a manejar los problemas psicosociales y de estudiar la relación de los síntomas físicos, psíquicos y psicósomáticos con la disfunción familiar.

El análisis de los acontecimientos vitales estresantes y especialmente del apoyo social en el origen de múltiples manifestaciones clínicas, la capacitación para evaluar familias y establecer estrategias para resolver los problemas familiares son las bases sobre las que se debe establecer la enseñanza durante este periodo lectivo.

Es también durante este tercer año cuando el médico residente debe realizar el aprendizaje sobre técnicas de entrevista familiar y sobre intervención familiar.

También utilizará la visita domiciliaria en el abordaje familiar de los pacientes crónicos e inmovilizados, aprendiendo a trabajar en equipo y realizar junto con la atención familiar la atención sociosanitaria.

Los casos estudiados se llevarán a las sesiones clínico-familiares, al menos una vez al mes.

BIBLIOGRAFIA

- Andolfi M. Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Barcelona: Paidós; 1993.
- Bartalanffy L von. General system theory-foundations development applications. Nueva York: Dell Books; 1968.
- Galazka SS, Ekert JK. Clinically applied anthropology: concepts for the family physician. *J Fam Pract* 1986; 22: 159-165.
- Eia Asen, Tomson P. Intervención familiar. Guía práctica para los profesionales de salud. Barcelona, Paidós, 1997.
- Katon W, Williamson P, Ries R. A prospective study of 60 consecutive psychiatric consultations in a family medicine clinic. *J Fam Pract*, 1981; 13:47-55
- Marcos B. El desarrollo familiar. Asesoramiento familiar. En: Revilla de L. Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la Consulta, vol. II, Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999. p. 566
- Oficina Europea de la OMS: Investigación Prioritaria para el programa salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- OMS-WONCA. Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuada a las necesidades de la población: la contribución del médico de familia. Barcelona: semFYC; 1996.
- Ostergaard DJ, Schmittling G. Profile of family physicians in the United States. In: Taylor RB. Family Medicine: Principles and Practice. New York: Springer-Verlag; 1994. p. 55.
- Pereira Gray, DJ.: A system of training for general practice. Londres: Royal College of General Practitioners; 1986.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 1985.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación y Ciencia; 1990.
- Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y Ministerio de Educación y Ciencia; 1993.
- Revilla L de la. Docencia e investigación en atención familiar. En: Revilla L de la. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994. p.167
- Revilla de la L, Marcos B. La enseñanza de la atención a la familia. En: Manual de Atención Familiar. Bases para la práctica familiar en la Consulta. Vol. II. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 1999. p 937.
- Revilla de la L. Atención Familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia; 2001.
- Saura Llamas J. Manual del tutor. Como enseñar y aprender a ser médico de familia. Barcelona: SemFYC; 1997
- Spann SJ. Family medicine: a rational model for primary care around the world. *Fam Community Health* 1994; 17: 45-51.
- Stelmach WJ, Gheringer GR, Michaelson J, Huffman B, Pisacano, Jones JG. Criterios del RAP para la evaluación de un programa de residencia de medicina familiar. Buenos Aires: Junta Directiva del Proyecto del Programa Asistencia a las Residencias de Medicina Familiar; 1984.
- Stoeckle JD, Zole IK, Davidson GE. The quantity and significance of psychological distress in medical patients. *J Chronic Dis* 1964; 27: 958-970
- Stumbo D, Good MJ, Good B. Diagnostic profile of family practice clinic patients with psychosocial diagnosis. *J Fam Pract* 1990; 7: 319-324
- World Organization of Family Doctors. The first twenty years, 1972-92. Hong Kong: WONCA; 1992.