



## EDITORIAL semFYC

## La atención familiar, la asignatura pendiente

### Family medicine, the unfinished business

Al inicio de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, por distintas razones, se consideró que la orientación familiar no debía ocupar un espacio en el curriculum de este especialista.

Tras la puesta en marcha de los primeros centros de salud, el resultado de una investigación acerca de qué variables demográficas, socioeconómicas y culturales podían intervenir en la utilización de los servicios sanitarios<sup>1</sup>, mostró que la variable que mejor predecía la hiperutilización de la consulta en atención primaria era un elemento sociocultural, específicamente familiar, no bien identificado. Este descubrimiento fue el punto de partida de una larga y compleja reflexión en torno al papel de la familia en el proceso de salud-enfermedad individual. A partir de este hallazgo, un grupo de médicos de familia del Centro de Salud de Cartuja (Granada) inició un trabajo de investigación y de práctica familiar, que permitió establecer una aproximación al concepto de familia como unidad de atención.

Se consideró que la atención familiar suponía un cambio táctico y estratégico en la práctica de los profesionales sanitarios, que se centraba en trasladar la atención del marco tradicional individual al del conjunto de personas que conforman la familia, es decir, pasar del enfoque individual y biomédico al familiar y psicosocial, dentro de un contexto social, la comunidad, donde se encuentra inmerso el grupo familiar<sup>2</sup>. Para lograr ese cambio, era necesario contar con una base conceptual, un modelo explicativo, y una organización capaz de poner en marcha este proceso.

Entendiendo que el modelo biomédico, centrado en las patologías somáticas, era limitado y que el modelo holístico, con base en la persona, resultaba insuficiente, se diseñó un nuevo modelo, el de la atención familiar, que permitía dar sentido al conjunto de fenómenos con que se enfrentan médicos y pacientes<sup>3</sup>. Los factores que intervienen en el modelo de atención familiar son los acontecimientos vitales estresantes, la situación estructural, funcional y relacional de la familia, la red y el apoyo social.

Con el objetivo de impulsar esta práctica, se formó a principios de los 90 el Grupo de Estudio de Atención Familiar (GRESAF), al que se fueron incorporando médicos de distintas comunidades autónomas interesados en el estudio de

familias dentro del marco de la atención primaria de salud. Dentro de los Grupos de Trabajo semFYC, se constituyó el Grupo de Atención Familiar con el objetivo de contar con representantes de toda la federación para poder incentivar la difusión de las actividades y experiencias formativas de atención familiar. También la Fundación para el Estudio de la Atención Familiar (FUNDEFAM) tiene como objetivo estimular la docencia y la investigación en el área competencial de la atención familiar.

A lo largo de estos años se ha venido investigando y trabajando en el abordaje familiar, en la utilización de la teoría de sistemas como marco teórico de acercamiento al grupo familiar, y en la puesta en marcha de instrumentos para conocer la realidad familiar, tales como el genograma, la evaluación de acontecimientos vitales estresantes, apoyo social y función familiar<sup>4-7</sup>.

A pesar de los esfuerzos realizados para establecer la atención familiar en la consulta, todavía estamos lejos de haber conseguido que este tipo de manejo se extienda en un porcentaje importante y significativo de los centros de salud.

### 2005: dos acontecimientos importantes para la atención familiar

Conviene destacar dos eventos ocurridos ese año: la reunión sobre la enseñanza de la atención familiar y la entrada en vigor del nuevo programa de la especialidad.

Con el objeto de evaluar la docencia de postgrado en atención familiar, se celebró en la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada una reunión nacional, con un foro de debate, donde se analizó la situación de la docencia en este área. De las conclusiones que se alcanzaron en la reunión, conviene destacar, por su importancia: 1) La atención familiar debe incluirse dentro del abordaje biopsicosocial como una actividad irrenunciable; 2) Es fundamental mejorar la formación de los tutores, definiendo su contenido curricular, cambiando la visión exclusivamente biomédica por otra que incorpore lo psicosocial, generando herramientas propias que aporten señas de identidad; y 3) La formación de

los residentes en atención familiar se centrará en el trabajo en las consultas dirigidos por sus tutores.

Por otro lado, en el nuevo programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>8</sup>, los contenidos relacionados con la atención familiar, y en general con el abordaje de los problemas psicosociales, ocupan un espacio muy importante. Tras la lectura detenida del programa, llama la atención que una parte importante de los contenidos curriculares no se encuentran en el área docente de competencias en relación a la familia, sino que impregnan distintos apartados del programa. Así, en el apartado de atención al individuo se incluye el abordaje familiar y psicosocial de los pacientes con enfermedades crónicas o en fases avanzadas (cardiovasculares, respiratorias, digestivas, osteoarticulares, neurológicas, etc.), y en el apartado que tiene que ver con los grupos poblacionales y grupos de riesgo, los problemas en conexión con la atención familiar están agrupados en cinco apartados: a) el abordaje familiar y psicosocial en el niño y adolescente; b) la atención a la mujer; c) el estudio integral de los ancianos y pacientes inmovilizados; d) los pacientes terminales y el duelo; y e) las situaciones de riesgo familiar y social. Por último, en el área específica de atención familiar se incluyen los aspectos teóricos y los modelos explicativos de la atención familiar, las herramientas para la exploración familiar, las crisis de desarrollo y otros aspectos relacionados con el ciclo vital familiar, y el manejo de los problemas psicosociales.

### **CINCO AÑOS DESPUES: si no se practica la atención familiar en la consulta no hay atención familiar**

Pasados cerca de cinco años desde la publicación del nuevo programa de la especialidad, en la reunión celebrada en Sevilla en noviembre de 2010 sobre la enseñanza de la atención familiar se ha constatado la escasa o nula implantación de los contenidos clínicos del área de atención familiar en las consultas, especialmente los relacionados con los problemas psicosociales. Y esto es importante si tenemos en cuenta, como señala De los Ríos<sup>9</sup>, que cerca del 50% de la demanda en atención primaria tiene este origen.

Como la formación del médico de familia se realiza fundamentalmente en la consulta del centro de salud de la mano de su tutor, el escaso o nulo abordaje de lo psicosocial o familiar por parte de éste hace difícil su aprendizaje. Los médicos residentes sólo aprenden lo que ven hacer a sus tutores, y como "lo que no se hace no existe", se puede deducir que la atención a la familia no existe.

Ante esta situación, cabe preguntarse ¿cuál es la razón de la falta de interés por la práctica familiar en gran parte de los médicos de familia?. Se han dado distintas respuestas. Unas veces puede deberse a que no recibió, en su formación de posgrado, conceptos y técnicas de abordaje familiar y no realizó con posterioridad formación continuada en esta área de conocimientos. Otras, a que considera que el abordaje familiar no forma parte de su trabajo habitual, "no existe en su cartera de servicios", y que, dada la falta de tiempo en la consulta, sólo lo hay para dar respuesta a las demandas biomédicas.

Pero este "despego" por formarse en atención familiar puede tener un origen más antiguo, ya que durante el pre-

grado, la formación, siguiendo el modelo reduccionista, es biomédica, y no existe ningún espacio docente integrador de lo biomédico y lo psicosocial, y nada, por supuesto, que relacione los problemas de salud con la familia. Con este nulo bagaje científico sobre la medicina familiar, es lógico que los médicos residentes se muestren perplejos al principio, y luego indiferentes, cuando durante el proceso de formación de la especialidad "alguien" habla sobre atención familiar.

### **UNA NUEVA ESTRATEGIA PARA POTENCIAR LA ATENCIÓN FAMILIAR**

En la reunión de Sevilla quedó claro que, para realizar un cambio en profundidad sobre el nuevo rol del médico de familia basado en la práctica de la atención familiar, se debe atender a dos premisas básicas: 1) que el diagnóstico y tratamiento de los problemas psicosociales y el abordaje biopsicosocial de las enfermedades crónicas, de la discapacidad-dependencia de las personas mayores, de las crisis de desarrollo, de los pacientes terminales y el duelo, es decir, la práctica de la atención familiar, es el trabajo que confiere señas de identidad al médico de familia; y 2) que, para realizar estas actividades, existe una tecnología propia y específica del médico de familia.

A partir de estas premisas, se invita a todos los implicados en la formación de los especialistas en medicina familiar y comunitaria a que hagan una apuesta firme por impulsar el aprendizaje de la atención familiar y muestren una clara voluntad para estimular y facilitar este cambio hacia un nuevo enfoque psicosocial.

La estrategia para impulsar la atención familiar se debe asentar en las siguientes líneas de actuación:

- Propiciar un cambio en la formación de pregrado, que pasa por ampliar el número de facultades de medicina que cuenten con espacios docentes y especialistas en medicina de familia para el aprendizaje de la atención primaria de salud, y por modificar los contenidos curriculares, que deben centrarse más en la atención familiar y en el abordaje psicosocial.
- Facilitar y estimular la formación de los tutores de medicina de familia sobre conceptos y técnicas de atención familiar que les permita diagnosticar y tratar los problemas psicosociales
- Remarcar que es inútil contar con un soporte teórico sobre conceptos y manejo de técnicas para el estudio de la familia en el postgrado, si no se acompaña de actividades de abordaje familiar en la consulta, controladas y dirigidas por su tutor.
- Que la Sociedad Científica y la Comisión Nacional de la Especialidad faciliten e incentiven los cambios que favorezcan el cumplimiento de los objetivos anteriores, colaborando activamente en la formación de pre y posgrado y en la formación continuada de la atención familiar, facilitando esta formación a sus socios y, de forma especial, a los tutores de los centros de salud docentes.
- Estimular la investigación sobre la atención familiar
- Potenciar las reuniones, foros de debate y lugares de encuentro para exponer y debatir sobre la atención familiar

## Bibliografía

1. Revilla L de la, Aranda JM, Luna JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura familiar en el uso de las consulta médicas. *Aten Primaria*. 1987;4:472.
2. Revilla L de la. *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: Doyma; 1994.
3. Revilla L de la Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales, Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 2001.
4. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289–96.
5. Revilla Ahumada L de la, Luna del Catillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medina de Familia (And)*. 2005;1:10–8.
6. Perez Milena A, Martinez Fernandez ML, Mesa Gallardo I, Perez Milena R, Leal Helmling FJ, Jimenez Pulido I. Cambios en la estructura y en la función familiar del adolescente en la última década (1997-2007). *Aten Primaria*. 2009;41:479–2007.
7. Revilla L de la. Como leer e interpretar el genograma. Granada Adahra. 2004.
8. Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad. Ministerio de Sanidad. Barcelona. Semfyc ediciones, 2005.
9. De los Ríos Álvarez AM. Los procesos psicosociales. Características clínicas, factores individuales y familiares que se relacionan con su génesis. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 1997.

Emilia Bailón Muñoz<sup>a,\*</sup> y Luis de la Revilla Ahumada<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria*

<sup>b</sup> *Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ebailonm@papps.org](mailto:ebailonm@papps.org) (E. Bailón Muñoz).

10 de diciembre de 2010