

Medicina de Familia como asignatura obligatoria en el grado de Medicina de la Universitat de Lleida: análisis de la percepción de los estudiantes

Jorge Soler-González, Antoni Rodríguez-Rosich, Joan Ribera-Calvet, Eduard Peñascal-Pujol, Caty Serna, Rosa M. Martí, en representación del grupo AP-UDL

Objetivo. Evaluar la percepción y la satisfacción respecto a la adquisición de competencias sobre la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) por parte de los estudiantes de pregrado matriculados en el primer año de instauración de la asignatura obligatoria de nuestra especialidad en la Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima sobre la satisfacción respecto a la adquisición de competencias de la especialidad de MFyC y el cumplimiento de algunas de las competencias que forman parte de la asignatura. Se incluyó a los 107 alumnos matriculados que cumplimentaron la encuesta de satisfacción.

Resultados. Los alumnos consideraron que la asignatura transmitía bien los conocimientos de MFyC, con una media de $7,96 \pm 1,38$ puntos, y que conseguía transmitir una visión integral del individuo respecto a la enfermedad, con $7,51 \pm 1,75$ puntos. La práctica asistencial obtuvo $9,0 \pm 1,3$ puntos y la valoración global de la asignatura, $7,03 \pm 1,51$. Las ocho competencias específicas obtuvieron 7,94 puntos de cumplimiento y las cuatro competencias transversales, una media de 7,95 puntos.

Conclusiones. La enseñanza en el pregrado de MFyC ha cumplido las expectativas de los alumnos y ha logrado transmitir los conocimientos de las competencias asignadas.

Palabras clave. Aprendizaje basado en problemas. Enseñanza de pregrado. Facultad de Medicina. Medicina de Familia y Comunitaria.

Family Medicine as a compulsory course in the Medicine degree at the University of Lleida: analysis of students' perceptions

Aim. To evaluate undergraduate students' opinions of the compulsory course in Family and Community Medicine (FCM) in the bachelor's degree at the Faculty of Medicine, Lleida, and their satisfaction with the skills and knowledge acquired.

Materials and methods. A descriptive, cross-sectional, anonymous survey of undergraduates' satisfaction with the skills and knowledge acquired in the FCM speciality.

Results. The survey was completed by 107 students. Mean scores awarded were 7.96 ± 1.38 for the subject matter, 7.51 ± 1.75 for the holistic view provided of the individual with respect to disease, and 9.0 ± 1.3 for the practicals in patient care. The mean score for the overall assessment of the course was 7.03 ± 1.51 . The eight specific skills were awarded a mean score of 7.94 and the four cross-sectional skills a mean score of 7.95.

Conclusions. The course in FCM in the bachelor's degree in Medicine has met the expectations of students and provides a satisfactory overview of the skills required.

Key words. Community medicine. Faculty of Medicine. Family practice. Problem-based learning. Undergraduate education.

Introducción

La Ley 14/1986, General de Sanidad, propició e impulsó la participación de los centros de salud en la docencia de pregrado de medicina en las universidades españolas. Se abrió así paso a la colaboración de la atención primaria (AP) y de la medicina de familia como profesores en las facultades de medici-

na. En sucesivas leyes y decretos se ha definido y concertado el papel de las instituciones docentes y asistenciales implicadas para impulsar el desarrollo de la Medicina de Familia y Comunitaria (MFyC) en los planes de estudio de pregrado. Hasta el momento el grado de implantación de estas aportaciones ha sido muy desigual en el territorio y con resultados, actividades y contenidos muy dispares.

Atención Primaria de Lleida; Institut Català de la Salut (J. Soler-González, A. Rodríguez-Rosich, J. E. Peñascal-Pujol, C. Serna). Facultad de Medicina; Universitat de Lleida (J. Soler-González, A. Rodríguez-Rosich, J. Ribera-Calvet, E. Peñascal-Pujol, C. Serna, R.M. Martí). Lleida, España.

Correspondencia:

Dr. Jorge Soler González. Facultad de Medicina. Universitat de Lleida. Montserrat Roig, 2. E-25008 Lleida.

E-mail:

jorgesolergonzalez@gmail.com

Conflicto de intereses:

No declarado.

Competing interests:

None declared.

© 2013 FEM

Tabla I. Nivel de participación de la atención primaria (AP) en el nuevo plan de estudios de la titulación de Medicina (iniciado en 2009-2010) de la Universitat de Lleida.**Nuevo plan de estudios (2009-2010)**

	<i>Asignatura de AP: 'Comunicación y Medicina Comunitaria' (6 ECTS).</i> Es de carácter troncal con contenidos de AP e impartida en clases magistrales, talleres, seminarios y programa virtual. Es llevada a cabo en su totalidad por especialistas en medicina de familia. La evaluación final se realiza mediante examen, ejercicios en línea y ACOE (estaciones que evalúan competencias específicas y transversales).
2.º curso	<i>Programa de prácticas asistenciales I (6 ECTS).</i> Es de carácter troncal y los alumnos se reparten durante un mes entre el hospital (enseñanza tutelada por especialistas de medicina interna) y la AP (enseñanza tutelada por especialistas de MFyC). Se adquieren los conocimientos y las habilidades en la realización de entrevista clínica y semiología exploratoria. La evaluación se realiza mediante ACOE, con estaciones compartidas con otras dos asignaturas.
6.º curso	<i>Programa de rotatorio: clínica de AP (6 ECTS).</i> Es de carácter troncal. Nuevo periodo práctico de asistencia a las consultas de AP durante un mes, con el objetivo de familiarizarse con el entorno y manejo de los pacientes atendidos en el centro de salud. En el nuevo plan de estudios no se aplicará hasta el curso 2014-2015.

Antiguo plan de estudios (1993)

Dos asignaturas de libre elección centradas en temas de comunicación y AP.

4.º curso	<i>Minirrotatorio.</i> El 2011-2012 es el último curso en activo. Periodo práctico de un mes en consulta de AP para reforzar habilidades clínicas y semiológicas.
6.º curso	<i>Programa de rotatorio.</i> El mismo modelo que el descrito para el nuevo plan de estudios.

En los últimos años, la presencia de la MFyC en la universidad ha mejorado de forma importante. Sin embargo, los conocimientos y las percepciones que sobre la AP y la MFyC tienen los estudiantes de nuestras facultades todavía constituyen tema de estudio [1].

Se calcula que más del 40% de los médicos del Sistema Nacional de Salud trabajarán en la AP [2] y, en consecuencia, las facultades tienen la responsabilidad no sólo de formar buenos médicos, sino de incentivar su motivación para ocupar posiciones donde la sociedad y los sistemas de salud los necesitan.

En el ideario docente del médico de familia planea la duda de si el objetivo final de la licenciatura o grado es la capacitación de médicos generalistas competentes y pluripotenciales o solamente la plataforma para acceder a la especialidad deseada.

Con la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, proceso conocido como 'Plan de Bolonia', se introducen objetivos, conceptos y competencias formativas que favorecen la implicación y participación de la MFyC con impulso renovado. Las materias y disciplinas clásicas, en ocasiones encorsetadas y poco interrelacionadas, pasan a ser interdisciplinarias con la participación en diferentes

áreas de conocimiento. El procedimiento y los instrumentos docentes, como la clase magistral, se diluyen en actividades más próximas y participativas para el alumno. Las prácticas asistenciales y el caso clínico como instrumento de formación sitúan prontamente al estudiante en una visión real y global del proceso salud-enfermedad.

La introducción de la MFyC como disciplina académica supone una muy buena adecuación de la enseñanza a las necesidades de la sociedad y una normalización respecto a la enseñanza que reciben los estudiantes de medicina de la mayoría de los países de nuestro entorno, de modo que da respuesta a las distintas normas legales que amparan su realización y los criterios de las directrices generales y europeas.

La introducción de la MFyC como disciplina académica supone una aproximación a las necesidades de la sociedad y la convergencia con la formación médica y las directrices legales de los países de nuestro entorno.

En los últimos años, la Universitat de Lleida (UdL) ha incorporado de forma progresiva a médicos de familia para la formación práctica en el último curso de licenciatura. Paralelamente, se impartían dos asignaturas de libre elección centradas en temas de comunicación y AP.

En el año 2010, el cambio de programa docente ha facilitado en la UdL la implementación de una nueva asignatura obligatoria (Comunicación y Medicina Comunitaria) en segundo curso de grado y con 6 ECTS. Sus competencias giran en torno a las competencias de comunicación, medicina comunitaria y otros temas de gestión clínica y organizativa muy propios de AP, y ha sido impartida por médicos de familia.

La presencia de profesionales de AP en la UdL se ve claramente reforzada y atiende a diversos niveles de intervención con el nuevo plan de estudios de la titulación de Medicina (iniciado en 2009-2010), que se concreta en la tabla I.

Una vez diseñada e impartida la asignatura troncal a la primera promoción de alumnos, nos planteamos poder evaluar algunos resultados. Mantener, mejorar o reconducir los contenidos y la metodología de la asignatura demandaba conocer la opinión de los estudiantes.

Materiales y métodos

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante encuesta anónima autocumplimentada de diseño específico y sin validación anterior.

El objetivo era conocer la opinión de los alumnos en relación con su percepción en la adquisición

de conocimientos de la especialidad de MFyC y el cumplimiento de los objetivos y de las competencias asignadas (Tabla II). Tras una revisión bibliográfica exhaustiva y el análisis de los cuestionarios de satisfacción usados en la valoración de los cursos de diversas sociedades científicas, se elaboró un borrador que valoraron los profesores de la asignatura para asegurar la relevancia y comprensión de las diferentes preguntas. A partir de los comentarios y las sugerencias aportados se elaboró la versión definitiva constituida por 62 preguntas cerradas y una abierta.

Se invitó a participar, mediante la plataforma Sakai (aplicativo universitario de trabajo en línea de la UdL), a los 107 alumnos matriculados en la asignatura, explicándoles el motivo de la encuesta.

El cuestionario constaba de una primera parte en la que se les realizaban 19 preguntas para evaluar su satisfacción sobre el grado de formación y los conocimientos de la MFyC, la metodología empleada en la docencia y los temas de organización.

La segunda parte del cuestionario exploraba la satisfacción del alumno sobre el grado de conocimiento adquirido en las competencias de la asignatura. Estas competencias se atribuían como específicas y transversales (compartidas con otras asignaturas del programa) [3].

La tercera parte del cuestionario valoraba con 31 preguntas cada una de las clases, talleres y seminarios, agregados por temas similares. El objetivo de esta parte era conocer la impresión subjetiva de forma mixta del interés del tema en concreto del alumno y de la técnica docente empleada.

Todas las preguntas eran cerradas, con una escala numérica del 1 al 10, excepto la última pregunta, en la que había un texto libre en el que se solicitaba al alumno que expresara allí todas sus impresiones o comentarios que creyera que podían ser útiles para mejorar la asignatura.

La valoración de los resultados expresa la media aritmética y la desviación estándar de las variables o respuestas, que se han ponderado entre 1 y 10 en una escala creciente según opinión favorable o grado de acuerdo.

Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS para Windows.

Resultados

El número total de encuestas cumplimentadas fue las de todos los alumnos matriculados ($n = 107$); 82 estudiantes eran mujeres (76,6%), con una edad media de 20,13 años.

Tabla II. Objetivos de aprendizaje de la asignatura de atención primaria.

Entender qué es la medicina familiar y comunitaria, el entorno de la persona enferma y la promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario; estilos de vida y prevención clínica

Conocer el papel del médico de familia como agente del paciente en el sistema sanitario; coordinación entre niveles asistenciales

Conocer las estrategias del médico de familia ante los problemas de salud más frecuentes en la atención primaria, con un enfoque orientado a la práctica

Reconocer los modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal y no verbal e interferencias en la práctica del médico de familia

Conocer aspectos relevantes para la comunicación con pacientes y familiares en su entorno social.

Establecer un plan de actuación enfocado a las necesidades del paciente y el entorno familiar y social coherente con los signos y síntomas del paciente

Evaluar y comprender los diferentes niveles de comunicación del trabajo asistencial y científico con el resto de profesionales

Los alumnos consideraron que la asignatura transmitía bien los conocimientos de MFyC, con una media de $7,96 \pm 1,38$ puntos, y que conseguía transmitir una visión integral del individuo respecto a la enfermedad, con $7,51 \pm 1,75$ puntos.

Cuando se les preguntó si esta asignatura les permitía conocer lo que era la AP, contestaron con una media de $8,10 \pm 1,62$ puntos. Nos interesaba saber si las presentaciones y el material que les habíamos facilitado eran adecuados, a lo que respondieron con una media de $6,60 \pm 1,92$ puntos; las actividades no presenciales destinadas a realizar trabajos programados en línea se valoraron con $6,86 \pm 1,77$ puntos.

Algo que nos había preocupado a la hora de organizar el curso académico era cómo recibirían los alumnos el hecho de hacer una rotación práctica por la AP sin saber demasiado todavía de patología, así que se les pidió que valoraran la experiencia de realizar la práctica asistencial en segundo curso, que puntuaron con $9,0 \pm 1,3$ puntos.

Con la finalidad de valorar las habilidades de comunicación de los docentes se les preguntó por ello y lo puntuaron con $8,02 \pm 1,36$ puntos, mientras que el interés de la clase por la asignatura obtuvo $7,02 \pm 1,55$ puntos. La duración del curso puntuó $6,36 \pm 1,95$, y el grado en el que se respondió a las expectativas del alumno, $6,89 \pm 1,74$ puntos. La valoración global de la asignatura fue de $7,03 \pm 1,51$ puntos.

Tabla III. Análisis de las competencias específicas y transversales asignadas.

	Competencias	Puntuación media	Desviación estándar
Específicas	Reconocer la necesidad de mantener la competencia profesional	8,22	1,32
	Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y cultura	8,62	1,12
	Planificación, programación y evaluación de programas de salud	7,57	1,5
	Evaluación de la calidad asistencial y estrategias de seguridad del paciente	7,73	1,39
	Conocer las implicaciones económicas y sociales que comporta la actuación médica, considerando criterios de eficacia y eficiencia	7,85	1,47
	Conocer los aspectos de la comunicación con pacientes, familiares y su entorno social: modelos de relación clínica, entrevista, comunicación verbal, no verbal e interferencias	8,20	1,52
	Dar malas noticias	7,39	1,92
	Medicina familiar y comunitaria: entorno vital de la persona enferma, promoción de la salud en el ámbito familiar y comunitario	7,91	1,49
Transversales	Ser capaz de redactar documentos médico-legales	6,50	2,26
	Redactar historias, informes, instrucciones y otros registros, de manera comprensible para los pacientes, familiares y otros profesionales	7,26	1,99
	Realizar una exposición en público, oral y escrita, de trabajos científicos o informes profesionales	6,68	2,12
	Redactar correctamente recetas médicas, adaptadas a la situación de cada paciente y sus requerimientos legales	6,38	2,40

Para poder evaluar el grado de respuesta a las competencias clínicas que nos había asignado la facultad (Tabla III), les preguntamos por el grado de conocimiento de cada una de ellas: las ocho competencias específicas obtuvieron 7,94 puntos de cumplimiento, y las cuatro competencias transversales, una media de 7,95 puntos.

Las clases denominadas de grupo grande (antiguamente magistrales) se valoraron con $7,03 \pm 0,31$ puntos, y los seminarios y talleres realizados en grupos pequeños (máximo de 25 alumnos), con $7,28 \pm 0,44$ puntos (Tabla IV).

Discusión

Discusión sobre los resultados principales

Los estudiantes que han realizado la asignatura obligatoria de MFyC manifiestan una opinión claramente favorable y valoran muy bien haber adquiri-

do las competencias del programa de pregrado que tenían asignadas. Como ha sido el primer año de implantación de este programa de estudios, queríamos explorar en profundidad nuestros resultados para detectar las deficiencias con la intención de adaptar la estrategia docente para el futuro.

Los datos de nuestra encuesta evidencian que los alumnos valoran adecuadamente la adquisición de competencias que la asignatura se había planteado como objetivo. Además, han adquirido la visión de la enfermedad de una forma holística, longitudinal e integradora. En nuestra opinión, era fundamental transmitir los conceptos básicos de nuestra especialidad, destacar los aspectos del entorno vital de la persona, la integración de la prevención en el acto médico, la gestión y coordinación del médico ante el individuo enfermo y, por supuesto, enseñar las habilidades de comunicación básicas como fundamento de una buena entrevista clínica [4].

En nuestro caso, además, hemos incorporado desde un principio las nuevas metodologías docentes

en el proceso de integración de las competencias clínicas. Para ello, hemos utilizado en las clases las técnicas pedagógicas del *role-playing*, reflexiones con casos clínicos simulados, solución de problemas y los trabajos de reflexión y autoaprendizaje tutorizados en línea, todas ellas prácticas habituales docentes en nuestra especialidad [5,6] y que, a la vista de los resultados obtenidos, permite afirmar que han sido muy bien acogidas y bien puntuadas por los estudiantes.

Los docentes nos planteábamos en un principio la pertinencia de realizar prácticas asistenciales tuteladas [7] en los centros de salud en estadios tan tempranos de la carrera, pero la evaluación de esta experiencia por parte de los estudiantes ha resultado muy satisfactoria. Incluso de manera subjetiva demandan mayor tiempo de asistencia a los centros de AP y poder seguir así un mayor número de pacientes.

Comparación con otros estudios publicados

En la bibliografía se ha comunicado la necesidad de prestigiar la especialidad de MFyC y las múltiples formas de conseguirlo. Se han propuesto medidas como el incremento en un año de la duración de la especialización [8], la incorporación de la troncalidad [9] y modificar la percepción de 'especialidad compendio', ya que la MFyC tiene una metodología propia de manejo del paciente. Las intervenciones docentes con los alumnos de pregrado pueden ser una buena forma de conseguirlo. Santos et al [8] valoraron en su trabajo la opinión de los estudiantes sobre nuestra especialidad, realzando la necesidad de enseñar medicina desde la óptica de la medicina de familia, en un proceso de aprendizaje acorde para adquirir ciertas competencias mediante una enseñanza específica.

La elección de una determinada especialidad en la formación de posgrado de los estudiantes dependerá de múltiples factores. El profesorado [10-12], los cambios sociales y la dificultad para acceder a un currículo académico competitivo van a influir en dicha elección [13]. Tampoco debemos olvidar que las habilidades de entrevista clínica [14] y el contacto previo con centros de AP son aspectos que hemos visto bien valorados por los alumnos y que muy posiblemente influyan.

Nuestros hallazgos confirman, por tanto, los argumentos publicados que recomendaban dar más peso a la orientación comunitaria de los procesos asistenciales, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, sin olvidar los aspectos relacionados con la comunicación y la ética [15].

Tabla IV. Valoración de las clases y seminarios/talleres, agregados por grupos

Nombre de la clase	Puntuación media	Desviación estándar	
Medicina familiar y comunitaria (7 clases)	6,90	1,76	
El médico de familia como gestor de casos	6,65	1,60	
Actividades preventivas	7,04	1,59	
La inmigración en atención primaria	7,50	1,68	
La receta médica	6,57	1,73	
Grupo grande: clases magistrales	Factores de riesgo cardiovascular	7,50	1,60
Teoría de la comunicación	6,98	1,61	
Habilidades de comunicación en medicina de familia	7,36	1,54	
Implicación económica y social de la actuación médica	6,89	1,47	
La competencia profesional	7,13	1,45	
La comunicación del trabajo asistencial y científico	6,90	1,50	
Insuficiencia cardíaca	7,63	1,60	
El paciente agudo	7,50	1,56	
El paciente crónico	7,48	1,49	
La atención domiciliaria	7,18	1,77	
La hipertensión arterial	7,65	1,76	
Diabetes mellitus	7,93	1,54	
La investigación en atención primaria	6,81	1,92	
Salud mental en atención primaria	7,19	1,53	
El paciente frágil	7,19	1,54	
Infecciones en atención primaria	7,76	1,61	
Grupo pequeño: talleres y seminarios	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,69	1,62
Comunicación verbal y no verbal	8,39	1,62	
La entrevista clínica centrada en el paciente	7,58	1,67	
Las tecnologías en la comunicación	6,66	2,04	
<i>Role-playing</i>	7,76	1,98	
Comunicar malas noticias	7,17	2,22	
El paciente difícil	7,42	1,50	
Estilos de vida y hábitos	7,01	1,90	
Guías clínicas y protocolos de actuación en medicina de familia	6,74	1,97	
La incertidumbre diagnóstica	6,56	1,90	
Los informes clínicos	6,65	1,86	

Limitaciones del estudio

En la clase predominaban con diferencia las mujeres y en estudios previos [16] se ha encontrado que ellas muestran mejores actitudes hacia la AP y la MFyC, tanto antes como después de cursar la asignatura. Como nuestro interés no era conocer si existen diferencias por sexo, sino los resultados del grupo, decidimos no desagregar los resultados de toda la clase.

Sin embargo, nuestro trabajo tiene los dos sesgos habituales que se presentan al realizar este tipo de trabajos con esta clase de metodología [17]. En primer lugar, las preguntas fueron redactadas por el equipo docente que había impartido la materia. Al ser una encuesta no validada, se deben interpretar los resultados numéricos con cautela por su correspondiente sesgo de subjetividad en la redacción e interpretación, pero no la tendencia observada. En segundo lugar, la encuesta se pasó una vez realizados los exámenes, por lo que los alumnos tenían muy reciente todo el programa. Como lo que queríamos explorar era la adquisición de competencias y realizar la evaluación de la metodología reciente, pensamos que el mejor momento era justo al finalizar el curso académico.

Líneas de trabajo para el futuro

En estos últimos tiempos van apareciendo otras competencias, menos conceptuales y quizá más instrumentales, en la relación docente-discente entre médico de familia y estudiantes. Por ejemplo, el manejo y la gestión de las agendas y los tiempos asistenciales, la búsqueda bibliográfica, la presentación de casos en sesiones y el conocimiento y la elaboración de la documentación propia de consulta. La semiología y propedéutica clínica compartida con otras asignaturas se adapta a los tiempos, formas y entornos de la práctica en AP y es también un excelente campo de trabajo donde podemos contribuir en el pregrado.

Además, si en un ámbito el médico de familia puede aportar su liderazgo es en la comunicación, destacando el modelo de relación asistencial médico-paciente y el manejo de la entrevista clínica como instrumento de comunicación y enlace asistencial, emocional y educativo en su función como médico. El estudiante debe percibir como imprescindibles, junto a sus conocimientos técnicos y científicos, las habilidades de una comunicación efectiva, respetuosa y empática, que junto con la adquisición de otros valores cualitativos de la entrevista clínica le conformarán como profesional médico.

Nos gustaría proponer, además, un seguimiento prospectivo de tutorización de estos alumnos para que puedan seguir vinculados a la AP, e intentar mantener una continuidad con sus tutores y ver así cómo se mantienen las competencias en las que les hemos iniciado.

En conclusión, hemos podido constatar que una asignatura obligatoria en el pregrado es bien recibida por parte de los alumnos y consigue, en opinión de los estudiantes, dar respuesta a las competencias que se espera de ella. Por eso nos alegra saber que los médicos de familia, en estos momentos, estamos siendo los actores de cambios trascendentales en los planes de estudios de las facultades de medicina. Estos cambios no han aparecido en cualquier momento ni por casualidad, sino que lo hacen en función de las circunstancias en las que se encuentran inmersos (Plan de Bolonia) y de los múltiples esfuerzos realizados por algunos médicos de familia durante muchos años de dedicación y trabajo [18,19].

Bibliografía

1. Martín-Zurro A, Villa J, Hajar A, Tuduri X, Puime A. Medicina de familia y universidad en España: reflexiones iniciales a partir de un proyecto de investigación estatal. *Aten Primaria* 2011; 43: 203-8.
2. Monreal A, Casado V, Bonal P. Declaración de Zaragoza: un momento histórico para la medicina de familia y comunitaria y la universidad. *Aten Primaria* 2003; 32: 73-6.
3. Facultat de Medicina, Universitat de Lleida. Competències professionals a assolir durant el període de formació de pregrau. Lleida: Universitat de Lleida; 2004.
4. Cátedras de Medicina de Familia y Academia de Medicina de Familia de España-semFYC (2009). Medicina de familia en la universidad. Competencias, contenidos, metodología y sistema de evaluación de la asignatura. URL: http://www.bonal.net/asignatura_medicina_de_familia.pdf.
5. Forster AC, Laprega MR, Dal-Fabbro AL, Rocha GM, Dos Santos JS, Yazlle M et al. Metodología de aprendizaje en atención primaria y medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 2: 125-9.
6. De Lorenzo-Cáceres A, Otero A, Calvo E. Prácticas clínicas de alumnos de medicina en centros de salud: posibilidades docentes de la web en la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). *Aten Primaria* 2005; 35: 372-4.
7. Cátedras de Medicina de Familia y Academia de Medicina de Familia de España-semFYC (2009). Documento de consenso. Medicina de familia en la universidad. Prácticas tuteladas en centros de salud. URL: http://www.bonal.net/practicas_tuteladas.pdf.
8. Santos J, Santiago M, Alonso PM, Alonso MA, Merladet E, Corrales E. Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Aten Primaria* 2001; 27: 324-30.
9. Casado V. Troncalidad y medicina de familia. *Aten Primaria* 2009; 41: 179-80.
10. Campos-Outcalt D, Senf J, Watkins AJ, Bastacky S. The effects of medical school curricula, faculty role models, and biomedical research support on choice of generalist physician careers: a review and quality assessment of the literature. *Acad Med* 1995; 70: 611-9.

11. Lynch DM, Newton DA, Grayson MS, Whitley TW. Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. *Acad Med* 1998; 73: 433-5.
12. Martini CJM, Veloski JJ, Barzansky B, Xu G, Fields SK. Medical school and student characteristics that influence a generalist career. *JAMA* 1994; 272: 661-8.
13. Colwill JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med* 1992; 326: 387-93.
14. Clèries X, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria* 2003; 32: 110-7.
15. Martín-Zurro A. Estudiantes, licenciados y medicina de familia: elementos de una relación imperfecta. *Aten Primaria* 2009; 41: 436-8.
16. Escobar F, López-Torres J. ¿Qué características de los estudiantes de medicina se relacionan con mejores conocimientos y actitudes hacia la medicina de familia? *Aten Primaria* 2009; 41: 431-8.
17. Abizanda-Soler P, Romero-Rizos P, Sánchez-Jurado M, Martín-Sebastiá E, Luengo-Márquez C. Necesidad de la enseñanza de pregrado en geriatría: aportaciones de un nuevo modelo educativo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40: 275-84.
18. Bonal-Pitz P. Academia de Medicina de Familia de España (AMFE). *Aten Primaria* 2006; 37: 125-6.
19. Villena A, Escobar F, Téllez J. Acercar la medicina de familia al estudiante: una tarea de todos. *Aten Primaria* 2010; 42: 447-8.

