

11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**Grado de Motivación de los Residentes de la
Especialidad en Medicina Familiar en el
Valle de México**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE :

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTAN :

Dr. José Gustavo Barajas Ruíz

Dr. Miguel Gamboa Contreras

Dr. Rodolfo Gómez Pantoja

Dr. Arnoldo Mondragón Padilla

A Mondragón



México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. Antecedentes..... | 1 |
| 2. Identificación del Problema.... | 5 |
| 3. Justificación..... | 6 |
| Aspectos Psicológicos..... | 6 |
| Aspectos Sociales..... | 7 |
| Aspectos Educativos..... | 7 |
| Medición de Actitudes..... | 12 |
| 4. Objetivos de la Investigación.. | 24 |
| 5. Hipótesis..... | 24 |
| 6. Diseño de la Investigación..... | 24 |
| Organización..... | 24 |
| Procedimiento..... | 25 |
| Características del Cuestiona-- rio..... | 27 |
| 7. Parámetros de Evaluación..... | 31 |
| 8. Recopilación y Tabulación de da tos..... | 33 |
| 9. Conclusiones..... | 39 |
| 10. Comentarios..... | 43 |
| 11. Sugerencias..... | 44 |
| 12. Bibliografía..... | 47 |
| 13. Anexo: Cuestionario y Hoja de - Respuestas..... | 50 |

1. ANTECEDENTES.

Hablar de la importancia de la ciencia médica en México, como en cualquier lugar del mundo implica tocar puntos ampliamente conocidos y lleva el peligro de caer en lugares comunes. Baste decir que una medicina bien llevada, tanto en sus aspectos de prevención como curativos, es esencial para conservar la salud de un pueblo, y que sólo los pueblos sanos son aptos para progresar y aún para sobrevivir en nuestro complicado mundo.

El año de 1910 fué clave en la evolución de la Medicina Moderna. En ése año, Abraham Flexner, con su informe, sienta las bases de la práctica médica actual. Posteriormente, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial, el progreso científico y tecnológico en el campo médico es explosivo. La abrumadora cantidad de conocimientos hizo imposible que una sola persona pudiera ser experta en todas las modalidades del diagnóstico y del tratamiento, y el médico percibió la necesidad de limitar su acción a campos específicos, para poder estar suficientemente capacitado y atender mejor a sus pacientes. El público dió un gran apoyo a ésta situación y las Especialidades proliferaron. La Especialización empezó a considerarse como una necesidad, hasta llegar a la situación actual, en la que, si un médico no logra alguna, prácticamente se siente frustrado y la Sociedad no le otorga el mismo reconocimiento. (1,3)

La tendencia a especializarse empieza desde los primeros años-

de la carrera (y en algunos casos antes de comenzarla), pues los planes de estudio se hallan fraccionados y no llegan a proporcionar, al futuro médico, una visión global del ser humano, integrada en función de los grupos en que éste se desarrolla. El médico más necesario es el que pueda proporcionar atención primaria, personal y continúa, considere a los individuos como un todo y que pueda comprenderlos en el contexto de su familia y su medio ambiente - - sociocultural. (1,2,5)

En diferentes partes del mundo se ha visto, de algunos años a la fecha, la necesidad de formar un médico que tenga una concepción integral del hombre y de los problemas de salud a nivel individual, familiar y de la comunidad, que esté capacitado para ayudar a mantener ésa salud o contribuir a recuperarla de manera integral. Es difícil que ésto pueda hacerlo un Médico General, supuesto que ha sido entrenado para resolver problemas específicos, de enfermedad en un momento dado de la vida de un individuo y más difícil es para el Especialista Tradicional. Con el desarrollo de cursos acerca de Medicina Familiar, se ofrecen posibilidades de llenar el gran vacío que existe en los aspectos primarios y continuos de la atención médica. (6,8)

En diferentes partes del mundo se cuenta con programas formales para preparar Especialistas en Medicina Familiar. (1,4,7) En febrero de 1969, la Medicina Familiar fué reconocida en los Estados Unidos de Norteamérica como la Vigésima Especialidad. En nueg

tro país, los Cursos para la formación de especialistas en ésta disciplina se iniciaron en el mes de marzo de 1971. (1,2,3,6,8,10) El Médico Familiar ha sido definido por la Academia Americana de Médicos Familiares como aquel que:

1. Representa el primer contacto y permite al paciente entrar a un Sistema de Atención Médica.
2. Evalúa las necesidades globales de salud de sus pacientes, les proporciona atención personal de acuerdo con su nivel de competencia y los refiere, cuando está indicado, a otros Especialistas u otros recursos de la comunidad.
3. Siente la responsabilidad de la atención médica integral de sus pacientes, incluida la intervención de otros consultantes en el seno de la familia y de la comunidad.
4. Actúa como coordinador de la atención médica de sus pacientes.

En resumen, lo podemos considerar como un Especialista en amplitud, que se vale de muchas disciplinas para proporcionar atención médica primaria, continua y adecuada a todos los miembros de la familia, independientemente de su edad, sexo o padecimiento actual. Tiene que practicar la medicina en relación con las necesidades biológicas, sociales y psicológicas de los individuos que actúan en -- grupos sociales particulares, cuya unidad fundamental es la Familia (9,10,12,16,17)

Es una especialidad porque implica conocimientos, destrezas y-

actitudes propias. (1,2,7) Su cuerpo de conocimientos es muy singular en relación con el manejo de pacientes con problemas múltiples o crónicos y toma en cuenta tanto los factores ecológicos como las variaciones individuales en la producción de la enfermedad. Se refiere a un campo definido, aunque amplio, del conocimiento cuya acción es única; es un campo activo de investigación y se requiere un entreramiento riguroso para practicarla adecuadamente. (15,16,17)

El especialista en Medicina Familiar tiene una responsabilidad definida acerca de todos los sucesos de la historia natural del hombre, de lo acontecido en su familia, en su ambiente, y que constituyen la historia natural de sus enfermedades. (3,16,18)

La necesidad de Médicos Familiares bien preparados y capaces de proporcionar atención médica primaria, integral y continua, es cada día mayor. Ellos deben manejar el 80%, o más, de los problemas de salud, manteniendo una actitud preventiva. Es una especialidad que puede (y debe) ser ejercida en cualquier ambiente y que no requiere alta tecnología, como la demandada por otras especialidades.

La Medicina Familiar es una área activa de investigación (14,-19,20,21,22). Los principales renglones de estudio a su alcance -- son, por ejemplo:

1. Análisis de la patología biológica y psicosocial manejada con el objeto de llegar a conocer en detalle la historia natural de las enfermedades más comunes, la mayor parte de

las cuáles no se ven con frecuencia en los hospitales, y - por ello no han sido suficientemente estudiadas.

2. Estudios que permiten identificar con precisión las etapas iniciales de la evolución de las enfermedades, que, aunque sean poco frecuentes, pueden resultar graves.
3. Estudios que lleven a conocer el tipo, naturaleza y volumen de trabajo del Médico Familiar para tener la idea precisa - de los problemas que se manejan y la forma en que son trata dos.
4. Obtener el perfil de salud de la comunidad mexicana en dife rentes condiciones geográficas, culturales y socioeconómi-- cas.

En muchas personas existe duda razonable de la viabilidad de la Medicina Familiar como especialidad (3,13). La clave para su sobre vida depende esencialmente de la posición que la Sociedad le concede dentro de sus categorías, funciones y estructuras. A su vez, -- ésto será determinado por la actuación como grupo de los especialis tas en Medicina Familiar, por la forma en que practiquen la especia lidad, por la manera en que sea utilizada su preparación y por el - reforzamiento de su motivación hacia el campo que han elegido.

2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.

Dado el incremento en el número de aspirantes a efectuar el Cur so de Especialización en Medicina Familiar, como Médicos Familiares, sentimos la necesidad de conocer la información, motivación, la sa-

tisfacción y beneficios que tienen y esperan los residentes de primero y segundo año de nuestra especialidad, ya que de ésto derivará una mejor relación Médico-paciente-familia y una mejor estabilidad-emocional del Médico Especialista en Medicina Familiar, tomando en cuenta de que carecemos de un estudio a éste respecto en nuestro país.

3. JUSTIFICACION

Al análisis crítico de la educación se le pueden aplicar diferentes enfoques, los cuáles deben considerar siempre la influencia de las condiciones y circunstancias socioculturales (25,26). La Educación tiene que ver con la formación de las nuevas generaciones para reemplazar a las que se van retirando. La preparación debe ser en el sentido de recibir, conservar y enriquecer la herencia cultural, es decir, el legado representado por el conjunto de conocimientos, creencias, arte, principios morales, costumbres, valores y formas de comportamiento social del hombre.

La Educación también tiene que tomar en cuenta las exigencias sociales derivadas no sólo del acervo cultural sino de los nuevos conocimientos y del crecimiento demográfico. Evidentemente tiene que ver con el desenvolvimiento económico social.

- ASPECTOS PSICOLOGICOS.

La Educación debe atender adecuadamente a cada individuo según sus capacidades, para favorecer el desarrollo pleno de su personalidad, y con ello, el desarrollo de la sociedad, ya que tiene que ver

con la formación de sentimientos y valores, con el desarrollo de la capacidad de colaboración y con la formación de actitud crítica y participativa en relación con los problemas del desarrollo, tanto del Yo como de la Sociedad (24,27,28). La actitud crítica conduce hacia el conocimiento de la realidad del país y provoca una praxis reflexiva y responsable, ubicada en el contexto de los propósitos nacionales. Por medio de la participación colectiva, estimula para asumir la responsabilidad que tiene que ver con la propia formación.

- ASPECTOS SOCIALES.

El proceso social fundamental de la Educación es lo que se conoce como Socialización, que consiste en la interacción mediante la cual el individuo aprende los comportamientos sociales y los valores culturales que hacen de él un miembro activo de la sociedad. Este aprendizaje debe ser hecho con satisfacción y debe conducir a la auto-realización (23,25,26,27).

La Socialización tanto en la organización formal como en la informal de la Educación, debe contemplarse en relación con los niños, jóvenes y viejos por igual, para que adquieran los valores, normas y prácticas fundamentales de su propia colectividad.

- ASPECTOS EDUCATIVOS.

El niño y el adulto actúan movidos por ciertos motivos. Motivo es todo aquello que impulsa o mueve para realizar un acto. La fuerza impulsora del motivo reside en el interés que trae consigo, y que despierta y mueve la voluntad del hombre para llevar a cabo una acción (25,27).

La Motivación Pedagógica es el procedimiento gracias al cual el que actúa como docente aprovecha, a manera de motivo de aprendizaje, los intereses del que actúa como alumno. El que aprende desarrolla una motivación que le predispone a aprender algo para alcanzar una o más metas.

A la motivación sucede la actividad de aprender, misma que conduce al éxito o al fracaso. El individuo que tiene éxito lo asocia con el aprendizaje, y por consiguiente éste se fortalece. Por otra parte, el fracaso se relaciona con falta de gratificación y por tanto, el aprendizaje se debilita. Es decir, el éxito y la satisfacción que el aprendizaje trae consigo constituyen un refuerzo positivo, mientras que el fracaso y la falta de placer representan un refuerzo negativo (27,28).

La raíz de la motivación es la necesidad humana de actuar. Sin cesar, el hombre busca medios para satisfacer sus necesidades; éstos medios se conocen como motivos para la acción. La acción debetener un objetivo y debe hacerse con intereses, lo que significa -- que se requiere enlace constante entre las preocupaciones y las necesidades del individuo entregado a una actividad y el incentivo para realizarla, como elementos fundamentales de la motivación.

Para que exista motivación se precisa de la atracción interesada hacia el motivo correspondiente. El individuo actúa selectivamente y se refuerza con la evaluación del rendimiento, es decir, se motiva cuando contesta afirmativamente algunas preguntas: ¿Estoy ha

ciendo lo deseado?, ¿Satisface mis necesidades?, ¿Me estoy realizando con lo que hago?.

La motivación requiere de voluntad y disposición de aprender, - así como de preparación. El nivel de aspiración define las metas - particulares de aprendizaje que uno se impone y determina la cantidad de trabajo que se está dispuesto a realizar para conseguir las. Se limita por la capacidad del que aprende y por sus experiencias - de éxito o de fracaso previas.

Los afectos, considerados como sentimientos a favor o en contra de algo, son situaciones que influyen en la situación de manera fundamental, ya que constituyen uno de los ingredientes básicos de la motivación. Estar en una situación que agrada, incita al que aprende a hacer algo para mantenerla, es decir, le motiva a aprender. Si es desagradable le motiva a no aprender. El estar a favor o en contra de algo no sólo depende de la voluntad, sino que está matizado por las ideas y los hechos en que se desenvuelve socialmente el individuo. La mente trabaja en forma selectiva. Es más receptiva a la información que apoya nuestros puntos de vista y está en contra de lo que se opone a ellos.

Cuando el que aprende asume libremente una actitud su decisión - está influenciada por sus ideas y por aquéllo que él cree le proporcionará mayor éxito en su futuro social y económico. Tiene su escala de preferencias y calcula, acertadamente o no, las posibilidades de conseguir el trabajo que corresponda a las expectativas que cali

fica como de mayor preferencia, las cuales son por consiguiente, el motivo de acuerdo con el que escoge su programa de estudio (25,26, 27).

Lo anterior determina que la educación tiene que modelar la selección y la actitud de los estudiantes para adecuar su desarrollo tanto las auténticas perspectivas de empleo como a las necesidades de la Nación (28,29,30,31,32,33,36).

Sin la motivación no hay aprendizaje. La motivación no sólo -- consiste en reducir o favorecer impulsos, sino también es conocer -- resultados. El que aprende lo hace motivado por intereses intrínsecos a la tarea, es decir, por el valor del material que se ha de -- aprender. También se motiva en intereses extrínsecos, como puede -- ser la nota que se va a recibir o la aprobación por parte de maestros, padres o amigos.

Los factores intrínsecos de la motivación siempre serán preferidos y más eficaces que los extrínsecos, ya que los seres humanos -- pueden pasar innumerables horas aprendiendo algo porque es fascinante saberlo, y no necesariamente porque con éllo va a pasar al curso siguiente, va a conseguir una buena nota o van a ganar mucho dinero.

Los profesores representan factores extrínsecos de la motivación. No se puede desconocer su papel como factor condicionador -- emocional. Les corresponde mostrar la importancia del material que se va a aprender y hacer que el estudiante descubra por sí mismo, -- el valor de lo que se trata de enseñarle. Debe reforzar la capaci-

dad de automotivación del alumno para que logre satisfacción con -
ello y para que consiga la auto-realización. En educación es fun-
damental hacer que el estudiante se sienta capaz.

Las personalidades y las características profesionales de los-
maestros son dos de las variables que más influyen en la educación
y lo hacen por medio del proceso de identificación. A lo largo de
éste proceso el alumno o individuo adquiere, sin que medie enseñan-
za intencionada, las actitudes y valores de otra persona o grupo.
El estudiante que se apropia de los valores de su maestro predilec-
to tal vez los haya aprendido, en parte, a través de la identifica-
ción.

Los maestros deben explícitamente prestar mayor atención a las
características y necesidades de los que aprenden; deben basarse -
en el supuesto de que todo lo que aprendan los estudiantes los ca-
pacitará mejor para actuar con eficiencia en el futuro, a ésto se
llama transferencia de aprendizaje.

La educación como proceso psicosocial debe tomar en cuenta mo-
tivos básicos como son la preservación y el desenvolvimiento de la
persona, que pueden ser resumidos como la necesidad de autoestima-
ción en el presente y en el futuro (34,35).

Entre las necesidades ligadas a la preservación, se encuentran
las biológicas o fisiológicas que se originan de la estructura del
organismo y sus mecanismos de conservación: comer, beber, respirar
o dormir. También se consideran las necesidades de seguridad emo-

cional que tienen que ver con ciertos aspectos del afecto, la aceptación o el respeto.

Las necesidades relacionadas con el desenvolvimiento personal son la Auto-realización.

- MEDICION DE ACTITUDES.

Mucho se ha escrito acerca de la medición de actitudes en la literatura psicológica. La mayor parte de la literatura informa o describe la medición de opiniones y creencias a través de respuestas escritas a cuestionarios y escalas de valores. Existe sin embargo un creciente interés en idear otros procedimientos que permitan una sistemática acumulación de datos a partir de observaciones directas más que basados en expresiones verbales. Finalmente se están empleando algunas situaciones problemáticas simuladas que por el modo de ser resultas permiten inferir determinadas actitudes (29,30,31,32,33,36,37,39).

1. ESCALAS, CUESTIONARIOS Y GUIAS DE OBSERVACION.

1.1 El instrumento más frecuentemente usado es la Escala de Likert Eron (1955). Esta escala se ha hecho popular porque:

- a) Es relativamente fácil de construir.
- b) Puede utilizarse en grandes grupos y en cortos plazos de tiempo.
- c) Pueden ser fácilmente controlados sus resultados con máquinas.
- d) Es fácil de interpretación.
- e) Es generalmente confiable.

A pesar de éstas ventajas existen serias limitaciones en su uso. La más seria es la falta de validez.

¿Hasta qué punto puede ser tomado el consentir o desaprobar una serie de expresiones, como la sincera representación de las creencias de una persona?. La respuesta del sujeto puede estar influenciada por el deseo de mostrar una imagen social, favorable con respecto a sí mismo. La mejor precaución contra la falsificación - consciente es el usar la escala en forma anónima, lo cuál limitaría su uso en aquellas situaciones en que se estudia a un grupo y no donde se desee obtener datos individuales.

De todos modos, siempre que se apliquen éstas escalas hay que tener presente que pueden aparecer dos efectos distorsionantes. El primero es una tendencia natural de los individuos a asentir en lugar de disentir. Por ésta razón, una tercera parte, por lo menos de los juicios deben ser frases negativas, para que la respuesta sea de disconformidad en lugar de asentimiento. La segunda tendencia de algunos individuos, en cualquier situación, es la de elegir siempre una posición término medio. Por ésta razón, en algunas escalas se usan un gran número de opciones para forzar al respondiente a elegir una postura.

Para la elaboración de escalas de éste tipo existen las siguientes reglas generales:

- a) Evitar expresiones que se refieren más al pasado que al presente.

- b) Evitar expresiones que puedan interpretarse en más de un sentido.
- c) Evitar expresiones que puedan ser aprobadas por casi todos o por casi nadie.
- d) Utilizar un lenguaje claro, simple y directo.
- e) Las oraciones deben ser breves, rara vez exceder de -segundas palabras.
- f) Cada opción debe contener un sólo pensamiento, completo.
- g) Elegir expresiones que provoquen reacciones fuertes - en la gente.

1.2 Escala de Diferencia Semántica (Osgood 1956). Es -- probablemente más útil para recoger información acerca de los grupos que de los individuos (29,33,37,38).

Los objetivos comprendidos en la escala bipolar dependerán obviamente del concepto, valor o actitud que se desea medir.

Las Escalas de Diferencias Semánticas poseen las mismas - virtudes que la Escala de Likert, es decir, son fáciles de construir, administrar y computar; pero también comparten su mayor de ventaja, la cuestionabilidad de su validez, dado que los respon- dientes son conscientes de lo que se está midiendo, podría ser que manifestaran actitudes que en realidad no poseen.

1.3 Los cuestionarios han sido también considerablemente utilizados como un método para obtener información de la cuál -

se infieran actitudes y valores. Las preguntas pueden hacerse en forma abierta o cerrada. La primera puede proporcionar mejor una expresión de los sentimientos individuales, pero es mucho más difícil de computar que la cerrada, donde los motivos pueden ser catalogados por orden de importancia basándose en la suma o número de código asignado a cada motivo (29,37).

La elección entre la forma abierta o cerrada, depende de lo familiarizado que esté el interrogador con los puntos en cuestión. Al comenzar una investigación, es mejor hacerlo con una forma abierta, construyendo preguntas cerradas cuando los respondientes a la exploración inicial sugieran los elementos para un estudio más sistemático.

Mientras los cuestionarios pueden proporcionar una gran cantidad de informes útiles, y además en forma económica, el mayor defecto de los cuestionarios directos, al igual que de las Escalas de Likert y de Diferencia Semántica, es su dudosa validez. Un respondiente puede inclinar sus respuestas para que sean aceptables socialmente, más que para revelar sus reales opiniones, intereses y preferencias. Esta tendencia puede ser minimizada por la obtención de respuestas anónimas escritas, en lugar de entrevistas personales, donde se halla expuesta la identidad de la persona. Para cuestionarios de exámenes en gran escala, son muy útiles, siempre que las preguntas no sean muy ambiguas, e incluyan directivas claras y precisas para la medición de las respuestas.

La mayoría de las técnicas hasta ahora descritas represen

tan medios para recoger datos acerca de preferencias individuales, - percepciones o puntos de vista, que en el mejor de los casos puedan proveer una indicación acerca de lo que puede hacer un individuo, - pero nada sobre lo que hace realmente.

1.4 Guías de Observación. Permiten acumular sistemática mente información acerca de lo que hacen los individuos, datos a -- partir de los cuáles pueden inferirse acerca de sus verdaderas preferencias, valores o actitudes (24,30,31,37,38).

Las mejores escalas no sólo especifican la cualidad a ser observada, sino que describen las conductas en base a las cuáles se elaborarán los juicios. La reacción a la crítica, a la autoridad o a la capacidad de trabajar en equipo son fácilmente deducibles del comportamiento; el camino más directo para informarse acerca de ésta cualidad es observar a los individuos en una situación natural. Sin embargo, los juicios basados en las observaciones están sujetos a limitaciones de muestreo y errores del observador.

Errores de muestreo ocurren cuando los juicios se basan - en observaciones tan limitadas, que las generalizaciones acerca del comportamiento típico resultan inapropiadas. Cuando las observaciones se repiten en distintas circunstancias y son realizadas por varios observadores aumentará la confiabilidad.

La segunda dificultad consiste en el error del observador: cualquiera que sea el fenómeno a observar, los observadores registran algunos sucesos y omiten otros. Diferentes observadores dan -

diferentes informes de la misma escena, la diferencia refleja la inclinación personal, así como su sensibilidad, intereses presente o pasada experiencia. Además, los errores del observador aumentan -- cuando las observaciones son simplemente memorizadas, en lugar de -- registradas regular y sistemáticamente.

Para realizar observaciones directas, para apreciar actitudes y valores, deben seguirse los siguientes lineamientos:

- a) Deben realizarse observaciones breves y bien distribuidas, en lugar de poco frecuentes y extensas.
- b) Deben registrarse durante o inmediatamente después de la observación y no semanas y/o meses después.
- c) Las pautas de observación deben hacerse utilizando criterios explícitos y no implícitos.
- d) Las mismas pautas de información para efectuar la observación deben ser usadas independientemente por varios-observadores.

2. MEDICIONES SIMULADAS O ENCUBIERTAS.

A causa del problema de la falta de validez de la Escala -- de Likert o de la Escala de Valores de Diferencia Semántica y de -- los Cuestionarios, así como del problema de la confiabilidad de la Observación Directa, algunos investigadores han probado medir las -- actitudes en Situaciones Simuladas (29,36,37). Estas técnicas tienen las siguientes características:

- a) El propósito del test se encubre por las condiciones en

las cuáles se administra.

- b) La persona que responde al test no puede prever la respuesta correcta y no posee indicaciones acerca de cuál sea la respuesta deseable socialmente.

Un ejemplo de Medición Simulada es el Test de Memoria Diferencial (Hammond 1959). Un segundo ejemplo se encuentra en el trabajo de Lewis y Risnik (1966). (29,36,37). Un tercer ejemplo de Mediciones Simuladas o Indirectas es el Test de Viñeta (Vignette test - Režler, 1971).

La mayor ventaja de la Medición Simulada es la de aumentar la probabilidad de una apreciación válida de las creencias y valores individuales. La principal desventaja es el laborioso proceso de computación que usualmente requiere. Sin embargo, el aumento de trabajo se vería justificado si una más exacta y práctica información en éste campo pudiera obtenerse.

- INSTRUMENTOS TECNICOS DE EVALUACION.

1. DE BASE NO ESTRUCTURADA (24,36,37).

- 1.- El sujeto desarrolla una cuestión libremente.
- 2.- Miden conductas complejas.
- 3.- No constituyen una muestra representativa de las conductas logradas.
- 4.- Propician el desarrollo de la creatividad en la medida en que favorecen la expresión personal.

5.- Son difíciles de construir.

6.- En ellas se recomienda:

- a) No limitarse a una mera evocación de datos.
- b) Seleccionar un problema nuevo en que el sujeto deba aplicar aspectos previamente aprendidos, capacidad reflexiva, etc.
- c) Prever los modelos de respuesta.
- d) Dar a conocer claramente al sujeto, los aspectos que se van a considerar.
- e) Calificar con objetividad y capacidad crítica.
- f) Proceder a la revisión, dando una lectura superficial a todas y posteriormente, de manera analítica.

2. DE BASE SEMIESTRUCTURADA (29,37).

- 1.- El sujeto desarrolla una cuestión conforme a esquemas más precisos.
- 2.- Miden resultados complejos del aprendizaje.
- 3.- Para su representatividad, se recomienda aumentar el número de items y disminuir la extensión del contenido.
- 4.- En ellas se sugiere:
 - a) Que el sujeto conozca con precisión el significado de los términos que estimulan sus respuestas.
 - b) Calificar una sola cuestión por vez.

- c) Aplicar los mismos items a todo el grupo con obje
to de facilitar la discriminación.

3. DE BASE ESTRUCTURADA (37).

- 1.- No miden variables complejas del aprendizaje.
- 2.- Eliminan la posibilidad de que el sujeto adivine las respuestas.
- 3.- Se recomienda:
 - a) Redactar el item de manera inequívoca.
 - b) Cuidar que en la redacción del item se den indicios de las respuestas.
 - c) No utilizar palabras similares a las empleadas en la fuente estudiada por los sujetos.
 - d) Utilizar diversos materiales tales como mapas, dibujos, diagramas, etc.

4. DE RESPUESTA ALTERNATIVA (37).

- 1.- Miden niveles bajos del aprendizaje.
- 2.- Su dificultad se debe en gran parte a que son escasas las situaciones absolutamente falsas o verdaderas.
- 3.- Muchas de las respuestas se deben al azar.
- 4.- En ellas se recomienda:
 - a) Evitar que en el item haya más de una proposición.
 - b) No incluir en la redacción dobles negativas.
 - c) Un porcentaje aproximado de 60% de respuestas falsas.

sas y 40% de respuestas verdaderas.

- d) En ocasiones, pedir al sujeto que fundamente su respuesta, a fin de darle mayor validez al resultado.

5. DE OPCION MULTIPLE (37).

1.- Miden productos de aprendizaje de diverso grado de complejidad.

2.- La respuesta correcta debe disponerse al azar.

3.- Las consignas deben ser suficientemente claras.

4.- En ellas se recomienda:

- a) La base del ítem debe ser intelegible, sin necesidad de leer las respuestas opcionales.
- b) El ítem contenga una sola pregunta.
- c) Las palabras que se repiten en todas las alternativas, deben estar escritas en la base del ítem y no en las respuestas.
- d) Los distractores no resulten obvios.
- e) Haya concordancia gramatical.

6. DE APAREJAMIENTO (37).

1.- Fundamentalmente miden conocimientos y comprensión.

2.- En ellas se recomienda:

- a) Las premisas sean homogéneas suficientemente.
- b) Haya concordancia gramatical.
- c) Sobre una respuesta por cada cinco premisas.
- d) No se incluyan más de diez premisas.

7. DE ORDENAMIENTO (37).

- 1.- Pueden medir conductas complejas.
- 2.- En ellas se recomienda:
 - a) No incurrir en hechos muy particulares.
 - b) Inducir un máximo de doce proposiciones.
- 3.- Su mayor dificultad radica en la asignación del puntaje.

8. MULTI-ITEM DE BASE COMUN (37).

- 1.- Miden resultados complejos del aprendizaje ya que su resolución no depende de la simple evocación de datos.
- 2.- En ellos se recomienda:
 - a) Estructurar el material introductorio en función de los objetivos a medir.
 - b) Cuidar que la introducción y los items tengan una extensión proporcional.
 - c) Utilizar en la introducción tablas, gráficas, cuadros estadísticos, etc.

9. PRUEBAS ORALES DE BASE NO ESTRUCTURADA (37).

- 1.- Bien elaboradas, ayudan a verificar objetivos de aprendizaje complejos.
- 2.- Para su calificación se requiere gran objetividad y capacidad crítica.
- 3.- No constituyen una muestra representativa del aprendizaje.

10. PRUEBAS ORALES DE BASE ESTRUCTURADA (37).

- 1.- Pueden medir resultados complejos del aprendizaje.
- 2.- Requieren gran inversión de tiempo y esfuerzo en su aplicación.
- 3.- En ellas se recomienda:
 - a) Elaborar numerosos items representativos y seleccionarlos al azar.
 - b) Prever los rasgos a medir en cada item.
 - c) Examinar a grupos pequeños de sujetos en cada sesión.

11. PRUEBAS PRACTICAS (37).

- 1.- A través de ellas, el sujeto puede llevar a cabo una tarea o bien identificar la adecuación de un procedimiento, uso de una herramienta, etc.
- 2.- Es conveniente elaborar una lista de los rasgos o aspectos significativos a evaluar.

12.. INFORMACION INDIRECTA (37).

- 1.- Enriquecer la información sobre diversos aspectos del aprendizaje, principalmente área afectiva.
- 2.- Requiere precisar las características más significativas de las conductas a observar.
- 3.- Tanto las consignas como los items deben ser suficientemente claros.
- 4.- El observador debe ser sumamente objetivo.

13. INFORMACION DIRECTA (37).

- 1.- Para su eficacia se requiere en la aplicación un clima de franqueza y confianza.
- 2.- Principalmente evalúan objetivos de la esfera afectiva.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

- Evaluar el grado de Satisfacción y Motivación de los Residentes de 1o. y 2o. año en el tiempo transcurrido durante el -- Curso de Especialización en Medicina Familiar.
- Qué motivó a los residentes de 1o. y 2o. año a tomar el Curso de Especialización en Medicina Familiar.
- Determinar el grado de información que se otorga a los Aspirantes a efectuar el Curso de Especialización en Medicina Familiar.
- Qué beneficios personales esperan los actuales residentes de su Especialidad.

5. HIPOTESIS.

Los residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar incrementan paulatinamente su grado de motivación en forma directamente proporcional al desarrollo de su programa y al tiempo transcurrido.

6. DISEÑO DE LA INVESTIGACION.

- ORGANIZACION.

1. TIEMPO: Período comprendido del 1o. de marzo de 1979 al --

30 de noviembre de 1979.

2. ESPACIO: Clínicas situadas en el Valle de México del Instituto Mexicano del Seguro Social en donde se imparte el Curso de Especialización en Medicina Familiar. Clínicas Hospitalales Tl Nos. 24, 25, 29 y 68.

3. UNIVERSO DE TRABAJO: Médicos residentes de 1o. y 2o. año que actualmente están realizando el Curso de Especialización en Medicina Familiar en el Valle de México, sin importar el haber realizado el primer año en Clínicas del IMSS en donde se imparte el Curso de Especialización en Medicina Familiar en el interior de la República. También se aplicará el Cuestionario a los residentes de primer año que ingresaron en el mes de septiembre de 1979 al Curso de Especialización en Medicina Familiar. El número total de residentes es de 173, esperando contar con un mínimo del 80% del total para la aplicación del cuestionario.

- PROCEDIMIENTO.

Durante el período de la Investigación se efectuarán las siguientes actividades:

1. Período comprendido del 1o. de marzo de 1979 al 31 de mayo de 1979. Presentación del tema a investigar con el Coordinador de la residencia del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Clínica Hospital Tl No. 25 del IMSS. Presentación del tema a investigar con los asesores: Coordinador de la residencia, Psicólogo, Sociólogo. Recopilación de bibliografía existente respecto al tema-

a investigar.

2. Período comprendido del 10. de junio de 1979 al 30 de - - agosto de 1979. Realización del Método o Instrumento (cuestionario) que se va a aplicar a los residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar sujetos a investigación, previa valoración de los Asesores de la Investigación.

3. Período comprendido del 10. al 30 de septiembre de 1979. Selección de las preguntas claves y del Sistema de Evaluación en sesión conjunta con los Asesores de la Investigación.

4. Período comprendido del 10. al 30 de octubre de 1979. Reu-
niones periódicas con los Asesores de la Investigación para la reali-
zación de las modificaciones finales del cuestionario y la acepta- -
ción plena del mismo.

5. Período comprendido del 10. al 25 de noviembre de 1979.
Impresión del Cuestionario y Hoja de Respuestas. Solicitud por me-
dio de la Jefatura de Enseñanza e Investigación las citas con las di-
ferentes Clínicas del Valle de México para la aplicación del cuestio-
nario, previa información acerca del tema a investigar al Jefe de En-
señanza e Investigación, así como al Coordinador del Curso de Espe-
cialización en Medicina Familiar, para que se otorguen todas las fa-
cilitades y se reúnan a los residentes en su totalidad. Las fechas-
obtenidas para la aplicación del cuestionario fueron:

- Clínica Hospital No. 25 IMSS: 16 de noviembre de 1979 a-
las 14.00 horas.

- Clínica Hospital No. 68 IMSS: 19 de noviembre de 1979 a-

las 14.00 horas.

- Clínica Hospital No. 29 IMSS: 22 de noviembre de 1979 a las 13.00 horas.

- Clínica Hospital No. 24 IMSS: 22 de noviembre de 1979 a las 14.30 horas.

6. Período comprendido del 26 de noviembre al 10 de diciembre de 1979. Evaluación y análisis del cuestionario. Análisis individual de las respuestas.

7. Período comprendido del 11 al 15 de diciembre de 1979. - Conclusiones y sugerencias.

8. Período comprendido del 16 al 20 de diciembre de 1979. - Edición de la Tesis y entrega de la misma al Coordinador del curso de Especialización en Medicina Familiar con sede en la Clínica Hospital T1 No. 25 del IMSS en el Valle de México.

- CARACTERISTICAS DEL CUESTIONARIO.

Se diseñó un cuestionario en el que se tomaron en cuenta aspectos de motivación, satisfacción, información y perspectivas de los médicos residentes del Curso de Especialización en Medicina Familiar de 1o. y 2o. año de las diferentes sedes en el Valle de México; el cuestionario presentó las siguientes características:

1. Se evitaron expresiones que se refirieran más al pasado que al presente.

2. Se evitaron expresiones que pudieran interpretarse en -- más de un sentido.

3. Se evitaron expresiones que pudieran ser aprobadas por -

casi todos o por casi nadie de los respondientes.

4. Se empleó un lenguaje claro, simple y directo.

5. Se emplearon oraciones breves que rara vez excedieron de 20 palabras.

6. Cada opción únicamente contenía un solo pensamiento completo.

7. Se eligieron expresiones que provocaran reacciones fuertes en los respondientes.

8. Se evitó que en el cuestionario existiera más de una proposición.

9. No se incluyó en la redacción del cuestionario dobles negativas.

10. Cuidando que en la redacción del cuestionario se dieran indicios de la respuesta esperada.

11. Se utilizaron un porcentaje aproximado de 60% de respuegtas negativas y 40% de respuestas afirmativas.

12. El cuestionario por pregunta únicamente contenía una resgpuesta y en caso de ser contestadas las dos se anuló la pregunta.

13. Se emplearon 100 preguntas de las cuales 67 se consideragron distractores y 33 claves.

14. Los distractores se elaboraron de tal manera que no regsultasen obvios.

15. Las preguntas que se tomaron como claves fueron las siguientes: 5,6,9,13,18,21,24,26,29,32,33,38,39,41,45,48,50,51,54,60,

61,62,63,64,66,70,71,73,76,82,91,93,94.

16. Las preguntas claves fueron intercaladas en el cuestionario al azar, sin llevar un orden.

17. Las preguntas empleadas para medir la motivación directa fueron: 9,26,33,38,51,62.

18. Las preguntas empleadas para medir la motivación indirecta: 5,13,18,21,24,29,39,50,54,63,66.

19. Las preguntas empleadas para medir la información directa: 26,45,60,64.

20. Las preguntas utilizadas para medir la información indirecta: 82 y 91.

21. Las preguntas utilizadas para medir la satisfacción de los residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar en forma directa fueron: 5,18,21,26,33,50,51,54,61,62.

22. Las preguntas empleadas para medir en forma indirecta la satisfacción fueron: 6,13,29,32,63,66,71,91,93,94.

23. Las preguntas empleadas para medir en forma directa las perspectivas de los residentes fueron: 18,21,24,39,48,51,70,82,91.

24. Las preguntas empleadas para medir las perspectivas en forma indirecta fueron: 5,9,26,71,73,76,93,94.

25. Para la contestación del cuestionario se realizó una hoja de respuestas, la cual constó de tres casillas por pregunta, la primera con el número de respuesta y a continuación dos casillas para responder SI y/o NO, la que se indicaría con una cruz sobre la misma.

26. El cuestionario se contestó en un período de tiempo de - 20 minutos máximo.

27. El cuestionario antes de su aplicación fué revisado nuevamente por los asesores del Trabajo de Investigación.

28. Para la aplicación del cuestionario en las diferentes sedes en el Valle de México donde se imparte el curso de Especialización en Medicina Familiar, se concertó cita previa para que se reuniesen los residentes de lo. y 2o. año en un día fijo y a una hora determinada por medio del Coordinador de la residencia de la Clínica No. 25, con los demás Coordinadores de las diferentes clínicas - (24,29 y 68).

29. Para la aplicación del cuestionario se reunieron los residentes de lo. y 2o. año en un aula cerrada (Auditorio de las diferentes unidades), con buena iluminación, sin distractores, en donde se sentaron cómodamente los residentes con un espacio entre cada -- uno, no permitiendo la comunicación entre los residentes y con vigilancia por los integrantes del estudio de investigación.

30. Se trató de que el cuestionario se aplicara a cuando menos el 80% del número total de residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar en el Valle de México para contar con resultados válidos para el estudio.

31. Para la evaluación del cuestionario, se realizó una planilla que indicara únicamente los lugares de respuestas claves omitiendo los distractores.

32. El cuestionario fué contestado en forma anónima únicamente marcando si se trataba de lo., 2o., o lo. año bis así como Clínica de adscripción.

7. PARAMETROS DE EVALUACION.

Como se había mencionado, el cuestionario para evaluar el grado de motivación, información, satisfacción y perspectivas de los actuales residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar se agruparon en 33 preguntas claves de la siguiente manera:

- MOTIVACION.

1. DIRECTA: Para medirla se emplearon las preguntas números 9,26,33,38,51 y 62 las cuales están planteadas de tal forma que su respuesta ya sea en forma afirmativa o negativa nos indican en forma objetiva el grado de motivación que prevalece en los actuales residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar en las sedes donde se imparte la especialidad en el Valle de México.

2. INDIRECTA: Se tomaron en cuenta las preguntas número 5,13 18,21,24,29,39,50,54,63 y 66 que a nuestro criterio están relacionadas con la evolución de la motivación en los residentes de nuestra especialidad. Se siguieron para su evaluación los mismos parámetros que en la directa.

- INFORMACION.

1. DIRECTA: Para determinarla se emplearon las preguntas números 26,45,60 y 64 las cuáles nos indican en forma objetiva la información previa al ingreso de los actuales residentes al curso de

nuestra especialidad.

2. **INDIRECTA:** Las preguntas 82 y 91 nos indican en forma indirecta la información con que cuentan los aspirantes a efectuar el curso de Especialización.

- **SATISFACCION.**

1. **DIRECTA:** Para medir la satisfacción en forma directa se tomaron en cuenta las preguntas números 5,18,21,26,33,50,51,54,61 y 62 que nos indican hasta cierto grado y a nuestro parecer si la Medicina Familiar es su verdadera vocación, y si se encuentran satisfechos como está evolucionando su desarrollo dentro de la misma.

2. **INDIRECTA:** Indirectamente se trató de medir el grado de satisfacción con que cuentan los actuales residentes y para éste objetivo se tomaron en cuenta las preguntas números 6,13,29,32,63,66, 71,91,93 y 94.

- **PERSPECTIVAS.**

1. Mediante las preguntas 5,9,18,21,24,26,39,48,51,70,71,73, 76,82,91,93 y 94 lo que los actuales residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar esperan en un futuro de nuestra especialidad tanto económica como socialmente así como académica e intelectualmente.

- Es de hacerse notar que el cuestionario fué contestado en forma anónima para con esto tratar de evitar hasta donde fuera posible el que los residentes sujetos a investigación falsearan las respuestas buscando con ésto que nuestro cuestionario tuviera la mayor ve-

racidad, ya que con esto no se comprometa la identidad de la persona.

8. RECOPIACION Y TABULACION DE DATOS.

Se aplicó el cuestionario a 163 residentes (95%) actualmente -- efectuando el curso de Especialización en Medicina Familiar en las diferentes sedes del Valle de México, distribuidos de la siguiente manera: 76 residentes de primer año, 20 residentes de primer año -- que ingresaron el mes de septiembre y 77 residentes de segundo año, obteniendo los siguientes resultados:

- Pregunta No. 5. Ver gráfica No. 1.

- Pregunta No. 6. ¿Considera que por sus actividades en la residencia, ésta limita su vida privada?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 47.36 | 51.31 |
| RIbis | 40.00 | 60.00 |
| RII | 25.37 | 74.62 |
| TOTAL | 37.42 | 61.96 |

- Pregunta No. 9. ¿Considera que el último año de la residencia debe continuar con el programa de año de campo atendiendo familias?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 71.05 | 28.94 |
| RIbis | 75.00 | 25.00 |
| RII | 59.70 | 40.29 |
| TOTAL | 66.87 | 33.12 |

5.- EN CASO DE TENER OPORTUNIDAD DE EFECTUAR OTRA ESPECIALIDAD EN LA INSTITUCION, UD. ACEPTARIA



| R I | R Ib | R II | TOTAL |
|---------|------|---------|---------|
| 1.33 % | | | 0.62 % |
| | 30 % | | |
| 47.36 % | | 62.68 % | |
| | | | 51.53 % |
| 51.31 % | 70 % | | 47.85 % |
| | | 37.32 % | |

- Pregunta No. 13. ¿Se considera Ud. apto para habilidades manuales (quirúrgicas) y/o demasiado teóricas (medicina interna)?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 81.57 | 18.42 |
| RIbis | 70.00 | 30.00 |
| RII | 68.65 | 31.34 |
| TOTAL | 74.84 | 25.15 |

- Pregunta No. 18. Ver gráfica No. 2.

-> Pregunta No. 21. ¿Ya como médico de base, intentaría Ud. hacer estudios integrales de familia (seguimientos familiares) fuera de su tiempo de consulta?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 86.84 | 13.15 |
| RIbis | 80.00 | 20.00 |
| RII | 79.10 | 20.89 |
| TOTAL | 82.82 | 17.17 |

- Pregunta No. 24. Ver gráfica No. 3.

- Pregunta No. 26. Ver gráfica No. 4.

- Pregunta No. 29. ¿Está Ud. de acuerdo con el plan de guardias dentro de la residencia?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 73.68 | 26.31 |
| RIbis | 80.00 | 20.00 |
| RII | 77.61 | 22.38 |
| TOTAL | 76.07 | 23.92 |

18.-ES UD. CAPAZ DE ATENDER EN CONSULTORIO ANTE LA PREMURA DE DE TIEMPO Y CON EXCESO DE PACIENTES SIN PERDER LA CORDIALIDAD NI EL NIVEL DE ATENCION.

ABS. SI NO



| R I | R Ib | R II | TOTAL |
|---------|------|---------|---------|
| 38.16 % | 45 % | 44.77 % | 41.71 % |
| 61.84 % | 55 % | 55.23 % | 58.29 % |

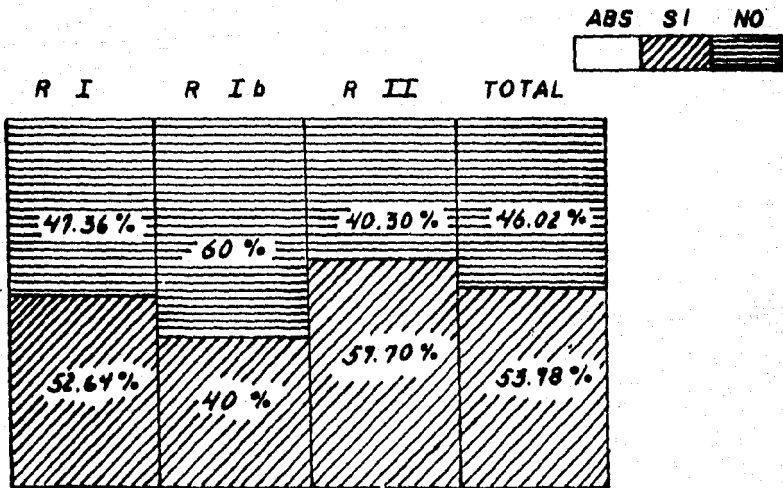
24: INTENTARIA EN SU UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EFECTUAR MESAS REDONDAS SOBRE TEMAS DE LA ESPECIALIDAD.

ABS SI NO



| R I | R Ib | R II | TOTAL |
|--------|------|--------|--------|
| 7.32% | 5% | 7.46% | 4.29% |
| 98.68% | 95% | 92.54% | 95.71% |

26.- LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR ES LO QUE UD. ESPERABA.



- Pregunta No. 32. ¿Considera que sus guardias deberían ser más frecuentes?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 15.78 | 84.21 |
| RIBis | 25.00 | 75.00 |
| RII | 38.80 | 61.19 |
| TOTAL | 26.38 | 73.61 |

- Pregunta No. 33. Ver gráfica No. 5.

- Pregunta No. 38. Ver gráfica No. 6.

- Pregunta No. 39. ¿Considera que el egresado en México, en la Especialidad en Medicina Familiar está en desventaja en relación a la de otros países?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 56.57 | 42.10 |
| RIBis | 50.00 | 50.00 |
| RII | 55.22 | 43.28 |
| TOTAL | 55.21 | 43.55 |

- Pregunta No. 41. ¿Efectuó Residencia Rotatoria u otro tipo de postgrado antes de ingresar a esta residencia?

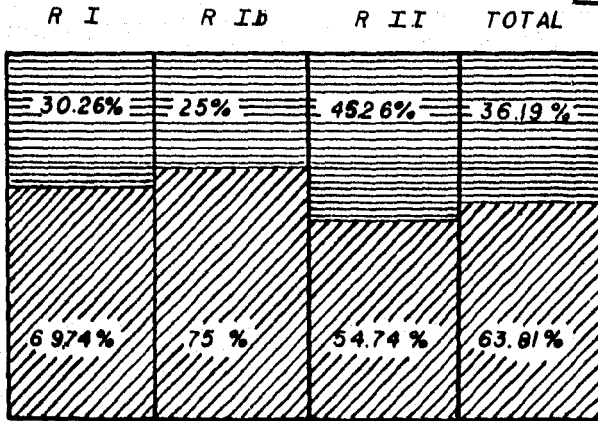
| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 15.78 | 84.21 |
| RIBis | 15.00 | 85.00 |
| RII | 19.40 | 80.59 |
| TOTAL | 17.17 | 82.82 |

- Pregunta No. 45. Ver gráfica No. 7.

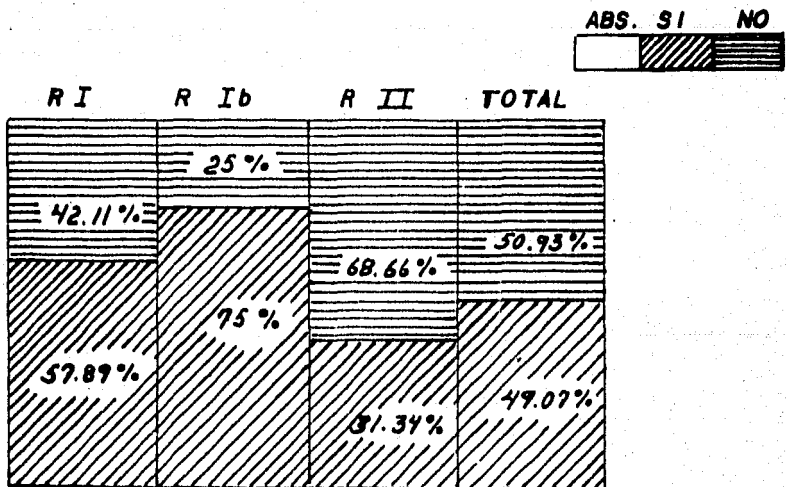
- Pregunta No. 48. ¿Le impresionan los problemas de compañeros que no tuvieron su suerte para ingresar a la especialidad en Medicina

**33.-EN ALGUNA OCACION HA DESEADO USTED
EFECTUAR OTRA ESPECIALIDAD**

ABS SI NO



**38.- SOLICITO ANTERIORMENTE OPORTUNIDAD PARA INGRESAR
A EFECTUAR LA RESIDENCIA ROTATORIA**



45-AL INICIO DE LA RESIDENCIA, USTED CONSIDERO TENER LA INFORMACION NECESARIA ACERCA DE LA ESPECIALIDAD

ABS SI NO



| R I | R I b | R I I | TOTAL |
|--------|-------|--------|--------|
| 51.31% | 50% | 58.20% | 53.98% |
| 48.69% | 50% | 41.80% | 46.02% |

Familiar?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 73.68 | 26.31 |
| RIBis | 60.00 | 40.00 |
| RII | 73.13 | 26.86 |
| TOTAL | 71.77 | 28.22 |

- Pregunta No. 50. ¿En alguna ocasión, en el lapso de la residencia, ha caído en Crisis de Identidad?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 34.21 | 65.78 |
| RIBis | 15.00 | 85.00 |
| RII | 37.31 | 61.19 |
| TOTAL | 33.12 | 66.25 |

- Pregunta No. 51. ¿Considera Ud. que alguna vez se tendrá que dar - la verdadera valía al Médico Familiar?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 96.05 | 3.94 |
| RIBis | 100.00 | 0.00 |
| RII | 95.52 | 4.47 |
| TOTAL | 96.31 | 3.68 |

- Pregunta No. 54. ¿Considera Ud. que se puede mejorar su aprovechamiento en la residencia?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 100.00 | 0.00 |
| RIBis | 100.00 | 0.00 |
| RII | 98.50 | 1.49 |
| TOTAL | 99.38 | 0.61 |

- Pregunta No. 60. Ver gráfica No. 8.

- Pregunta No. 61. Ver gráfica No. 9.

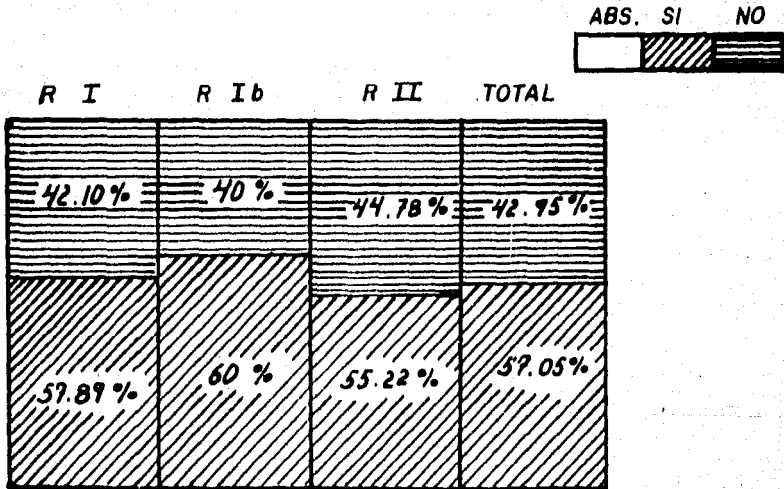
60- CONSIDERA QUE SE MEJORARIA LA RESIDENCIA CON UNA
 ADECUADA INFORMACION PREVIA AL INGRESO

ABS SI NO



| R I | R I b | R II | TOTAL |
|---------|-------|---------|---------|
| 6.57 % | | 8.95 % | 6.75 % |
| 93.42 % | 100 % | 91.04 % | 93.25 % |

61- CONSIDERA USTED QUE LA FALTA PRINCIPAL ESTA EN LOS PROGRAMAS DE LAS ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA



- Pregunta No. 62. ¿Cree Ud. desarrollar su rol adecuadamente dentro de la residencia?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 88.15 | 11.84 |
| RIbis | 70.00 | 30.00 |
| RII | 77.61 | 22.38 |
| TOTAL | 81.59 | 18.40 |

- Pregunta No. 63. ¿Considera que la mayoría de sus compañeros están lo suficientemente motivados hacia la Especialidad?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 31.57 | 68.42 |
| RIbis | 35.00 | 65.00 |
| RII | 43.28 | 56.71 |
| TOTAL | 36.80 | 63.19 |

- Pregunta No. 64. Ver gráfica No. 10.

- Pregunta No. 66. ¿En alguna ocasión ha dudado Ud. en cuanto si la Medicina Familiar es su verdadera vocación?

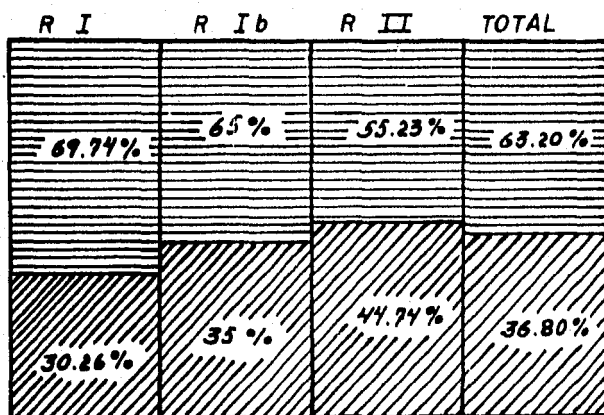
| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 36.84 | 63.15 |
| RIbis | 35.00 | 65.00 |
| RII | 34.32 | 65.67 |
| TOTAL | 35.58 | 64.41 |

- Pregunta No. 70. ¿Considera Ud. que la Especialidad le dejará una seguridad económica?

| | SI % | NO % | ABSTENCION % |
|-------|---------|---------|-----------------|
| RI | 48.68 | 50.00 | 1.31 |
| RIbis | 45.00 | 55.00 | |
| RII | 56.71 | 43.28 | |
| TOTAL | 51.53 | 47.85 | 1.31 |

**64.- CONSIDERA USTED QUE LA FALLA ESTÁ EN LA
SELECCION DE ASPIRANTES A LA RESIDENCIA**

ABS. SI NO



- Pregunta No. 71. ¿En alguna ocasión antes de entrar a la residencia, se sintió presionado por su posición económica?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 28.94 | 71.05 |
| RIbis | 45.00 | 55.00 |
| RII | 38.80 | 61.19 |
| TOTAL | 34.96 | 65.03 |

- Pregunta No. 73. Ver gráfica No. 11.

- Pregunta No. 76. ¿Antes de ingresar a la residencia era casado?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 53.94 | 46.05 |
| RIbis | 55.00 | 45.00 |
| RII | 58.20 | 40.29 |
| TOTAL | 55.82 | 43.55 |

- Pregunta No. 82. Ver gráfica No. 12.

- Pregunta No. 91. ¿Se considera afortunado por tener la seguridad de la "base"?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 35.52 | 63.15 |
| RIbis | 45.00 | 55.00 |
| RII | 43.28 | 56.71 |
| TOTAL | 39.87 | 59.50 |

- Pregunta No. 93. ¿En caso de no ser posible la "base", Ud. trataría de ingresar a otra Institución?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 69.93 | 30.26 |
| RIbis | 70.00 | 30.00 |
| RII | 70.14 | 29.85 |
| TOTAL | 69.93 | 30.06 |

73.- ESTARIA UD. DISPUESTO A TRABAJAR CON CONCEPTO 08

ABS. SI NO



| R I | R Ib | R II | TOTAL |
|---------|------|---------|---------|
| | | 1.31 % | 0.63 % |
| 52.64 % | 75 % | 70.14 % | 62.57 % |
| 47.36 % | 25 % | 28.35 % | 36.80 % |

82.-INFLUYO EN USTED DE FORMA DETERMINANTE PARA SOLICITAR EL INGRESO A LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EL SABER SOBRE "BASE SEGURA"

ABS. SI NO



| R I | R Ib | R II | TOTAL |
|--------|------|--------|--------|
| 76.32% | 60% | 70.15% | 71.78% |
| 23.68% | 40% | 29.85% | 28.22% |

- Pregunta No. 94. ¿Ud. encontró en la "base segura" la respuesta a su problemática económica?

| | SI % | NO % |
|-------|---------|---------|
| RI | 14.47 | 84.21 |
| Ribis | 35.00 | 65.00 |
| RII | 19.40 | 80.59 |
| TOTAL | 19.24 | 79.75 |

9. CONCLUSIONES.

Conscientes de antemano de lo difícil que es valorar el área - afectiva así como de la relativa validez de dicha valoración, única mente nos concretaremos a tratar de concluir analizando las respues - tas otórgadas por los residentes del curso de Especialización en Me - dicina Familiar.

Dentro de las preguntas claves hay algunas demasiado interesan - tes y que los datos proporcionados lo fueron aún más. Ejemplos:

- Pregunta No. 5: ¿En caso de tener oportunidad de efectuar - - otra especialidad en la Institución Ud. aceptaría?. El 51.53% con - testaron en forma afirmativa. Cabe la posibilidad que se desee - - efectuar una especialidad ligada a la Medicina Familiar, pero consi - deramos que un buen porcentaje se encuentra insatisfecho, poco moti - vados y ven pocas perspectivas para el futuro de nuestra especiali - dad.

- Pregunta No. 38: ¿Solicitó anteriormente oportunidad para in - gresar a efectuar la residencia rotatoria?. El 49.07% solicitaron -

su ingreso a la residencia rotatoria. Analizándola conjuntamente -- con las respuestas a la pregunta No. 41 tenemos que el 17.17% si -- efectuaron algún estudio de postgrado. Unicamente cabría investi-- gar la causa de su ingreso a Medicina Familiar. Con lo anterior -- consideramos que es una cifra importante la de los rechazados para-- ingresar a la residencia rotatoria los que intentan posteriormente-- ingresar al curso de Especialización en Medicina Familiar.

- Pregunta No. 60: ¿Considera que se mejoraría la residencia de Medicina Familiar con una adecuada información previa al ingreso? El 93.25% contestaron afirmativamente y conjuntando con el análisis de las respuestas de las preguntas número 26,45,64,82 y 91 supone-- mos que la información previa al ingreso con que cuentan los aspi-- rantes es demasiado escasa y quizás poco veraz.

- Pregunta No. 51: ¿Considera Ud. que alguna vez se tendrá que-- dar la verdadera valía al Médico Familiar?. El 96.31% contestaron - afirmativamente, lo cuál concuerda con el marco de referencia, res-- pecto de que la Medicina Familiar es la especialidad que resolverá el mayor porcentaje de problemas de salud en nuestro país, en el fu-- turo.

INVESTIGACION POR AREAS.

1.- AREA DE MOTIVACION: Guiados por las respuestas obtenidas -- del cuestionario que consideramos que miden en forma directa el gra-- do de motivación, sobre todo por las preguntas números 9,26,38,33,- 51 y 62 e indirectamente por las preguntas números 5,13,18,21,24,29 39,50,54,63 y 66 podemos inferir que el grado de motivación es bajo

y que no se alcanza un buen grado de incentivación lo cual repercute importantemente en el desempeño como residente y podemos suponer que también un bajo rendimiento como egresado.

Entre las respuestas de los Residentes de primer y segundo año no hubo una diferencia marcada en casi la totalidad de las preguntas por lo que podemos concluir: El grado de motivación no varía -- con respecto al transcurso del programa del curso de Especialización en Medicina Familiar, lo cual no confirma la hipótesis de investigación.

Lo anteriormente escrito se basa principalmente en: Pregunta -- No.9, el 33.12% de los residentes no quieren hacer año de campo ni seguir tratando familias. Pregunta No. 26, el 46.01% de los residentes no esperaban que la residencia del Curso de Especialización en Medicina Familiar fuera como en la actualidad es, quizás esto -- sea repercusión directa de la falta de información acerca del curso de especialización en Medicina Familiar y de los programas del mismo. Pregunta No. 33, el 63.19% de los residentes en alguna ocasión han deseado efectuar otra especialidad, cifra que en verdad es alarmante y que nos obliga a meditar más detenidamente sobre el qué -- está pasando en nuestra residencia.

2.- AREA DE INFORMACION: Guiados por las respuestas a las preguntas números 26,45,60 y 64, así como indirectamente con la número 82 y 91 podemos concluir que existe una deficiente información previa al ingreso de la residencia del Curso de Especialización en Medicina Familiar y los programas del mismo.

Las preguntas números 26 y 60 ya fueron previamente analizadas.

La pregunta número 45. El 53.98% de los residentes consideran no haber tenido al inicio la información necesaria acerca de los programas incluidos en el curso de Especialización en Medicina Familiar.

3.- AREA DE SATISFACCION: El grado de satisfacción fué valorado directamente con las preguntas números 5,18,21,26,33,50,51,54,61 y 62, e indirectamente con las números 6,13,29,32,63,66,71,91,93 y 94, llegando a concluir que un porcentaje importante de los residentes-actuales del curso de Especialización en Medicina Familiar se encuentran insatisfechos hacia el curso como lo muestra el análisis de las preguntas y respuestas citadas y creemos que esto podría repercutir directamente en su desempeño ya como egresados.

Pregunta No. 5. El 47.85% de los actuales residentes aceptarían otra especialidad si se las ofreciera la Institución, hubieran sido interesante profundizar sobre el tipo de especialidad que desearían realizar.

Pregunta No. 18. El 41.71% de los actuales residentes se consideran incapaces de atender en consultorio ante la premura de tiempo y con exceso de pacientes sin perder la cordialidad ni el nivel de atención.

Pregunta No. 50. El 33.12% de los actuales residentes ya en alguna ocasión han caído en Crisis de Identidad.

Pregunta No. 66. El 35.58% de los actuales residentes consideran que alguna vez han dudado en cuanto si la Medicina Familiar

es su verdadera vocación.

4.- AREA DE PERSPECTIVAS: Guiados por las respuestas obtenidas de las preguntas números 18,21,24,39,48,51,70,82 y 91 podemos concluir que los actuales residentes del curso de Especialización en Medicina Familiar ven con optimismo el futuro de nuestra especialidad, puesto que están conscientes de que en un futuro próximo se dará la real valía a nuestra Especialidad dentro de los Sistemas de Salud.

FO. COMENTARIOS.

Conscientes de que éste estudio como cualquier otro que intente valorar el área afectiva, tiene serias limitaciones y quizás la más seria es la cuestionabilidad de su validez, y que las respuestas del sujeto pueden estar influenciadas por el deseo de mostrar una imagen social favorable con respecto a si mismo.

Sobre éstas serias limitaciones, de todos modos consideramos que se obtuvieron datos importantes, que si hasta cierto punto son alarmantes quizá nos den la pauta sobre algunas normas a seguir si queremos hacer llegar a la Medicina Familiar al lugar y nivel que le corresponde.

Este tipo de estudio hasta donde nosotros sabemos es el primero que se efectúa a nivel de alguna Especialidad de Medicina en el país, y por lo mismo estamos conscientes de todos los errores que pudieran aparecer, pero deseamos sea un punto de partida para que en años próximos se llegase a afinar la metodología y se abata el

número de ellos.

Consideramos que sea necesario hacer extensivo éste estudio a todos los residentes del país, ya que sabemos que a las autoridades responsables de la marcha de la residencia en Medicina Familiar les interesaría conocer el punto de vista del residente sobre como se mejoraría en forma integral la especialidad.

Lo que se pretende con éste estudio y como único interés del mismo, es el de mejorar la especialidad ya que nos interesa en forma particular porque somos parte activa de la misma y consideramos que ya es tiempo de que le demos la verdadera valía a la Medicina Familiar como especialidad.

Se detectaron fallas desde información, selección de aspirantes, programas académicos, hasta en los procedimientos de incentivación, fallas que consideramos que si no es fácil, si es factible su solución.

Con este estudio consideramos dejar la inquietud tanto a Autoridades responsables de la residencia como a los mismos residentes y quizás éste ya sea un punto ganado hacia el mejoramiento de la Especialidad.

11. SUGERENCIAS.

- Analizando los resultados y respuestas nos consideramos obligados a sugerir lo siguiente:

1. INFORMACION.

Se debe incrementar la información sobre la especialidad -

si es posible desde el nivel de Escuelas y Facultades de Medicina, informándole al futuro médico que es la Medicina Familiar, su campo de acción, sus objetivos y perspectivas como especialidad.

Intensificar la información a todo aspirante a ingresar al curso de Especialización en Medicina Familiar si es posible antes de efectuar el Examen de Selección.

Consideramos que el incrementar la información previa al ingreso mejoraría considerablemente el aprovechamiento y el rendimiento del residente y que necesariamente repercutiría en su desempeño como egresado.

2. SELECCION DE ASPIRANTES.

a) EXAMEN DEL AREA COGNOSCITIVA. Se sugiere que se elabore un Examen dirigido a la especialidad en Medicina Familiar, ya que ésta es un área específica y difiere importantemente con la residencia rotatoria.

b) EXAMEN DEL AREA PSICOLOGICA. Se sugiere Examen Psicológico a todo aspirante al Curso de Especialización en Medicina Familiar, ya que es de vital importancia poseer una adecuada Salud Mental para abordar problemas de familia.

3. INCENTIVACION.

Se sugiere mejorar procedimientos de incentivación durante el curso de Especialización, para de ésta forma incrementar a su vez el aprovechamiento y satisfacción del residente, ya que la incentivación adecuada es un factor básico en el proceso Enseñanza-Aprendizaje.

4. REVALORACION CONTINUA DE LOS PROGRAMAS ACADEMICOS.

Se sugiere revisión anual por parte de Coordinadores y Autoridades de Enseñanza de los programas académicos de la residencia en Medicina Familiar para mantener estos acuerdos con las necesidades tanto de la Institución como de los propios residentes.

5. UNIFICACION DE LOS PROGRAMAS DE LAS DIFERENTES SEDES.

Se requiere esta unificación, tanto para tratar de unificar criterios y marcar un paso medido, constante y regular de la especialidad, en todas las Sedes donde se imparte la misma, y lo más importante que todos los egresados hablen el mismo idioma y obtengan la misma capacidad curricular.

12. BIBLIOGRAFIA

1. CONACYT. LA ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR. México 1977.
2. JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION. CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR, Bol. Med. IMSS, Vol. XII, Pag. 79, - México 1972.
3. VARELA, R.C.; ANTECEDENTES, ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE LA-RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. 20, Pag. 281, México 1977.
4. VARELA, R.C.; LA ENSEÑANZA Y LA PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR EN ALGUNOS PAISES. Bol. Med. IMSS, Vol. 15, Pags. 425, México - 1973.
5. POLLIACK, M.R.; PROGRAMME FOR SPECIALIZATION EN FAMILY PRACTICE Brit. Med. J. 4:487, 1969.
6. VARELA, R.C., MEDICINA FAMILIAR Y LOS NIVELES DE ATENCION MEDICA. Bol. Med. IMSS, Vol. XVII, Pags. 213, México 1975.
7. COMMISSION ON EDUCATION, EDUCATION FOR FAMILY PRACTICE, American Academy of General Practice. Pag. 2 Kansas City, 1969.
8. SAINZ, J.M.J.; FUNCIONES DEL MEDICO GENERAL EN EL SISTEMA DE -- ATENCION MEDICA, Bol. Med. IMSS, Vol. XX Pags. 191, México 1978
9. MENDEZ, L.; ASPECTOS FISICOS, MENTALES Y SOCIALES DE LA SALUD,-- Bol. Med. IMSS, Vol. XII, Pags. 219, México 1970.
10. CASTELAZO, A.L.; PROGRAMA DE PROYECCION A LA COMUNIDAD, Bol. -- Med. IMSS, Vol. XV, Pags. 241, México 1973.
11. LAGUNA, G.J.; PLAN DE ESTUDIOS EXPERIMENTAL EN MEDICINA GENERAL (PLAN A-36), Ed. Med. Salud, 8:205 México, 1974.
12. SERVICIOS MEDICOS DEL IMSS; PLANES DE ENSEÑANZA. DOCTRINA E -- HISTORIA, Bol. Med. IMSS, Vol. XVI, Pags. 215 México, 1973.
13. VARIOS; EL MEDICO GENERAL Y EL MEDICO FAMILIAR. CONFLICTO DE - IDENTIDAD. SENTIMIENTO DE MINUSVALIA. Año VI, Vol. 69, Panorama Médico. México 1976.
14. ZARATE, S.H.; EL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE EN EL INSTITUTO-MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XIX, Pags.424, México, 1977.

15. MEETING THE CHALLENGE OF FAMILY PRACTICE. REPORT OF THE AD HOC - COMMITTEE ON EDUCATION FOR FAMILY PRACTICE OF THE COUNCIL ON -- MEDICAL EDUCATION. American Medical Association, Pag. 7, Chicago, 1966.
16. VARELA, C.E.; LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR EN MEXICO, - Bol. Med. IMDD, Vol. XIV, Pags. 205, México 1972.
17. VARELA, C.E.; LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD, Bol. Med. IMSS, Vol. XV, Pag. 401, México, 1972.
18. DIAZ DEL CASTILLO, E.; FUNCIONES DEL MEDICO FAMILIAR Y DEL MEDICO GENERAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XXI, Pag. 317 México, 1977.
19. URRUSTI, J.; LA EDUCACION CONTINUA DEL MEDICO FAMILIAR-MEDICO - GENERAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. - IMSS, Vol. XXI Pag. 333 México, 1977.
20. CASTELAZO, A.L.; PROCEDIMIENTOS NORMATIVOS PARA LA REALIZACION- DE INVESTIGACION CLINICA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XIV Pag. 33 México, 1972.
21. GONZALEZ, A.A.; LA IMPORTANCIA PARA LA INVESTIGACION CLINICA PARA LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS MEDICOS, Bol. Med. IMSS, Vol. IV Pags. 117, México 1973.
22. MATEOS, J.L.; LA SITUACION DE LA INVESTIGACION BIOMEDICA EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XV, Pags. 317 México, 1973.
23. DIAZ DEL CASTILLO, J.; COORDINACION DE SERVICIOS EN LA ASISTENCIA Y ENSEÑANZA MEDICAS, Bol. Med. IMSS, Vol. XVII, Pags. 181, México, 1975.
24. VALES, H.L.; EXAMENES MEDICOS DE ADMISION Y PERIODICOS, Bol. -- Med. IMSS, Vol. XIX, Pags. 205, México, 1977.
25. RODRIGUEZ, A.J.; EDUCACION, Bol. Med. IMSS, Vol. XIX, Pags. 413, México, 1977.
26. DIAZ DEL CASTILLO, E.; LA EDUCACION EN EL INSTITUTO MEXICANO -- DEL SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XIX, Pags. 415, México 1977.
27. VARELA, R.C.; ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA EDUCACION, Bol. Med. IMSS, Vol. XIX, Pags. 419 México, 1977.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

28. RODRIGUEZ, A.J.; RECAPITULACION E INTEGRACION, Bol. Med. IMSS, Vol. XIX, Pag. 430, México, 1977.
29. REZLER, A.G.; MEDICION DE ACTITUDES, Who/Educ/72, Pags. 152, - Ginebra, 1971.
30. SPROTT, W.H.J.; GRUPOS HUMANOS, Editorial Paidos, Buenos Aires 1960.
31. LEV-STRAUSS.; ANTROPOLOGIA ESTRUCTURAL, Eudesa, Buenos Aires, 1968.
32. WATSLAWICK, P.; TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA. Tiempo contemporáneo, Buenos Aires, 1971.
33. LAFOURCADE, P.; EVALUACION DE LOS APRENDIZAJES, Editorial Kapelusz la. Edición, Argentina, 1969.
34. CASTELAZO, A.L.; EL AÑO ACADEMICO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL - SEGURO SOCIAL, Bol. Med. IMSS, Vol. XIV, Pags. 102, México -- 1975.
35. MENDEZ, L.; EDUCACION EN LA MEDICINA, Bol. Med. IMSS, Vol. IX, Pags. 258 México, 1970.
36. DORWIN, C.Z.; DINAMICA DE GRUPOS. INVESTIGACION Y TEORIA. - Editorial Trillas, Biblioteca Técnica de Psicología, Pags. - 439-503, Buenos Aires, 1968.
37. PARDINAS, F.; METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION. Editorial Siglo XX, Pags. 132-178, México, 1974.
38. FROMM, E.; HUMANISMO SOCIALISTA. Editorial Paidos, Biblioteca de Psicología Social y Sociología. Buenos Aires, 1970.
39. PEREZ, U.G.; ESTUDIO DE ACTITUDES EN EL MEDIO LABORAL HOSPITALARIO. Rev. Med. Sec. Marina, Vol. XXI, No. 80-93, México - - 1975.

GRADO DENTRO DE LA ESPECIALIDAD: _____

UNIDAD DE ADSCRIPCION: _____

FECHA: _____

INSTRUCTIVO

- 1.- El cuestionario consta de 100 preguntas las cuales deberán ser contestadas en su totalidad.
- 2.- Se registrarán las respuestas en la hoja especial elaborada para éste fin.
- 3.- Se contestará en forma afirmativa (SI) o negativa (NO).
- 4.- Una pregunta no deberá tener más de una respuesta, ya que de presentarse ésta cuestión se anulará dicha pregunta y respuesta.
- 5.- Este cuestionario se contestará en forma anónima únicamente -- anotando el grado de la Especialidad y la partícula "bis" en los residentes de primer año de reciente ingreso.
- 6.- El tiempo calculado para responder la totalidad del cuestionario es de 30 minutos.

Nov. 1979
I.M.S.S.

- 1.- ¿Se considera capaz de adaptarse a cualquier medio laboral?
- 2.- ¿Se considera capaz de desenvolverse en un medio administrativo?
- 3.- ¿Prefiere Ud. el ambiente urbano sobre el rural?
- 4.- ¿Su familia se adaptaría al cambio de vida de urbano a rural?
- 5.- En caso de tener oportunidad de efectuar otra Especialidad en la Institución, ¿Ud. aceptaría?
- 6.- ¿Considera que por sus actividades en la residencia, ésta limita su vida privada?
- 7.- ¿Preferiría efectuar sus actividades dentro de la residencia - - únicamente en la consulta externa?
- 8.- ¿Está Ud. consciente de la importancia que tiene en la actuali-- dad la Medicina Preventiva?
- 9.- ¿Considera que el último año de la residencia debe continuar con el programa de año de campo atendiendo familias?
- 10.- ¿Considera Ud. que faltan estímulos de todo tipo hacia el Médico Residente?
- 11.- ¿Prefiere mantenerse al margen en el aspecto político que pudie-- ra derivarse del ser integrante de un grupo "fuerte" como lo es el de Residentes de Medicina Familiar?
- 12.- ¿Considera que los problemas en su vida privada, repercute como-- residente en el desempeño de sus labores?
- 13.- ¿Se considera Ud. apto para habilidades manuales (quirúrgicas) - y/o demasiado teóricas (Medicina Interna)?
- 14.- ¿Sería capaz de mantenerse al margen cuando apareciera un proble-- ma: entre dos compañeros suyos?
- 15.- ¿Preferiría Ud. que la residencia se efectuara siendo ya sindica lizados, contratados con derechos y obligaciones con la Institu-- ción?
- 16.- ¿Trabajó satisfactoriamente en su internado de pregrado?
- 17.- ¿Prefiriría un mayor acercamiento entre el residente y la Jefatu-- ra de Enseñanza?
- 18.- ¿Es Ud. capaz de atender en consultorio ante la premura de tiem-- po y con exceso de pacientes sin perder la cordialidad ni el ni-- vel de atención?
- 19.- ¿Considera que su grupo se ha homogeneizado conforme se avanza - en el programa de actividades?
- 20.- ¿Se considera Ud. con capacidad profesional completa como para - ejercer como Médico Familiar?
- 21.- ¿Ya como médico de base, intentaría Ud. hacer estudios integra-- les de familia (seguimientos familiares) fuera de su tiempo de - consulta?
- 22.- ¿Cree Ud. que la Jefatura de Enseñanza de su Unidad está cum-- pliendo satisfactoriamente con su misión?
- 23.- ¿Alguna vez ha padecido alguna enfermedad psicosomática?
- 24.- ¿Intentaría en su Unidad de Medicina Familiar efectuar mesas re-- dondas sobre temas de la Especialidad?
- 25.- ¿Se considera capaz de resistir la presión de sus problemas emo-- cionales sin repercutir importantemente en sus actividades labo-- rales?
- 26.- ¿La Residencia de Medicina Familiar es lo que Ud. esperaba?

- 27.- ¿Aceptaría Ud. su "base" en una clínica de campo?
- 28.- ¿Reiniciaría sus actividades en la localidad donde efectuó su servicio social?
- 29.- ¿Está Ud. de acuerdo con el plan de guardias dentro de la Especialidad?
- 30.- ¿Considera su preparación suficiente como para resolver el 80% de su consulta sin solicitar interconsulta a otras Especialidades?
- 31.- ¿Trabajó satisfactoriamente en su servicio social?
- 32.- ¿Considera que sus guardias deberían ser más frecuentes?
- 33.- ¿En alguna ocasión ha deseado Ud. efectuar otra Especialidad?
- 34.- ¿Se considera dependiente del sistema institucional?
- 35.- ¿Considera que necesita el apoyo del laboratorio y del gabinete para efectuar los diagnósticos?
- 36.- ¿Considera que abusa de las solicitudes de laboratorio y gabinete?
- 37.- ¿En alguna ocasión se ha puesto a meditar sobre la muerte y su significado?
- 38.- ¿Solicitó anteriormente oportunidad para ingresar a efectuar la Residencia Rotatoria?
- 39.- ¿Considera que el egresado en México, en la especialidad de Medicina Familiar está en desventaja en relación a la de otros países?
- 40.- ¿Le causa temor efectuar un estudio de postgrado en Universidades del extranjero?
- 41.- ¿Efectuó Residencia Rotatoria u otro tipo de postgrado antes de ingresar a ésta Residencia?
- 42.- ¿Sería capaz de resolver problemas administrativos en clínica de campo?
- 43.- ¿Le causa temor valor incapacidades?
- 44.- ¿Sería capaz de resolver problemas entre compañeros sin tener parcialidad?
- 45.- ¿Al inicio de la Residencia, Ud. consideró tener la información necesaria acerca de la Especialidad?
- 46.- ¿Es capaz de oír con detenimiento argumentos que difieren de su criterio?
- 47.- ¿Se consideró afortunado por tener un lugar como Residente?
- 48.- ¿Le impresionan los problemas de compañeros que no tuvieron su suerte para ingresar a la Especialidad en Medicina Familiar?
- 49.- ¿Se da por vencido fácilmente?
- 50.- ¿En alguna ocasión, en el lapso de la Residencia, ha caído en crisis de identidad?
- 51.- ¿Considera Ud. que alguna vez se tendrá que dar la verdadera valía al Médico Familiar?
- 52.- ¿Considera ser indispensable en las funciones de su grupo?
- 53.- ¿Preferiría que dentro de su adiestramiento se efectuaran también intervenciones quirúrgicas frecuentes como son apendicectomía, hernioplastías y cesareas?

- 54.- ¿Considera Ud. que se puede mejorar su aprovechamiento en la Residencia?
- 55.- ¿Se considera tener cualidades de líder?
- 56.- ¿Le gustan las reuniones de grupo?
- 57.- ¿Inicia Ud. con el ambiente en reuniones demasiado formales?
- 58.- ¿Dentro de su grupo, Ud. considera tener un rol básico?
- 59.- ¿Le molestan las personas agresivas o conformistas?
- 60.- ¿Considera que se mejoraría la Residencia con una adecuada información previa al ingreso?
- 61.- ¿Considera Ud. que la falla principal está en los programas de Actividades de la Residencia?
- 62.- ¿Cree Ud. desarrollar su rol adecuadamente dentro de la Residencia?
- 63.- ¿Considera que la mayoría de sus compañeros están lo suficientemente motivados hacia la Especialidad?
- 64.- ¿Considera Ud. que la falla está en la selección de aspirantes a la Residencia?
- 65.- ¿Cree Ud. desarrollar su rol adecuadamente dentro de su medio familiar?
- 66.- ¿En alguna ocasión ha dudado Ud. en cuanto si la Medicina Familiar es su verdadera vocación?
- 67.- ¿Considera Ud. que está suficientemente motivado como para dar el 100% a su aprovechamiento?
- 68.- ¿Le causa temor la obscuridad, la soledad y lo desconocido?
- 69.- ¿Se considera Ud. una persona centrada, incorrupta y con seguridad en sus actos?
- 70.- ¿Considera Ud. que la Especialidad le dejará una seguridad económica?
- 71.- ¿En alguna ocasión, antes de entrar a la Residencia, se sintió presionado por su posición económica?
- 72.- ¿Le molestan los trámites burocráticos?
- 73.- ¿Estaría Ud. dispuesto a trabajar con concepto 08?
- 74.- ¿Le agrada oír la música clásica cuando está trabajando?
- 75.- ¿Le agradan las películas de argumento bélico?
- 76.- ¿Antes de ingresar a la Residencia era casado?
- 77.- ¿Ha dudado alguna vez de su rol sexual?
- 78.- ¿Se considera Ud. una persona ambiciosa?
- 79.- ¿Le ha dejado a Ud. una situación económica desahogada la residencia?
- 80.- ¿Si volviera a nacer, cambiaría algo dentro de su vida?
- 81.- ¿Se considera Ud. con cualidades didácticas?
- 82.- ¿Influyó en Ud. de forma determinante para solicitar el ingreso a la Residencia de Medicina Familiar el saber sobre "base segura"?
- 83.- ¿Necesita Ud. del alcohol o de algún estimulante para poder divertirse?
- 84.- ¿Considera haber conseguido un mejor Status con la Especialidad?
- 85.- ¿Ud. practica un deporte con el único fin de ganar sin importar le convivir con su adversario?

- 86.- ¿En caso de ser casado(a) su esposa(o) trabajaba al inicio de la Residencia?
- 87.- ¿En caso de concluir la residencia permitiría que su esposa siguiera trabajando?
- 88.- ¿Antes de ingresar a la Residencia tenía Ud. hijos u otro familiar que dependiera directamente de Ud.?
- 89.- ¿Realmente cree Ud. que la familia pequeña vive mejor?
- 90.- ¿Arriesgaría Ud. la "base" para efectuar otra Especialidad?
- 91.- ¿Se considera afortunado por tener la seguridad de la "base"?
- 92.- ¿Siente presión por la competencia de tipo profesional?
- 93.- ¿En caso de no ser posible la "base", Ud. trataría de ingresar a otra Institución?
- 94.- ¿Ud. encontró en la "base segura" la respuesta a su problemática económica?
- 95.- ¿Se abstiene de comentarios en contra del sistema operante en la Institución?
- 96.- ¿Se abstiene de comentarios desagradables cuando observa un error de un compañero?
- 97.- ¿Le preocupa que se llegue a abolir el año de campo?
- 98.- ¿Mantiene la distancia entre el paciente y Ud.?
- 99.- ¿Cuando sale de guardia lo hace alegre por sentir que ha cumplido?
- 100.- ¿Sería capaz de aportar nuevas ideas para mejorar la Residencia?