



11226
BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO
ACADEMICO DE LOS MEDICOS RESIDENTES DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F 20.**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A :

**DRA. SANDRA MARIBEL MATAMOROS
BARRERA**

0352181

ASESOR :

DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ



**U.M.F. No. 20
BIBLIOTECA**



Universidad Nacional
Autónoma de México



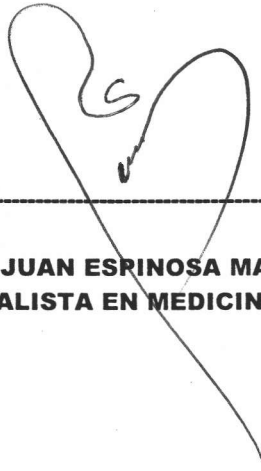
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

Vo.Bo. ASESOR



**DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.**

NOMBRE: Matamoros Barrera
Sandra Maribel

FECHA: 17/ Octubre / 2005

FIRMA: _____

Vo. Bo.

Yolanda E. Valencia Islas

**DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DE LA U.M.F. 20 VALLEJO DEL I.M.S.S.**

AGRADECIMIENTOS.

**A MIS PADRES:
JOSÉ LUIS MATAMOROS QUINTERO
YOLANDA BARRERA SOLIS.**

**POR HABERME DADO LA VIDA Y LA MEJOR HERENCIA
DEL MUNDO, MI PROFESIÓN.**

**A MI ESPOSO:
PEDRO LÓPEZ BUENDIA.**

**POR SU APOYO, AMOR , COMPRENSIÓN E IMPULSARME
A SER CADA DIA MEJOR**

**A MI HIJO:
RODRIGO LÓPEZ MATAMOROS.**

**POR QUE TU ERES MI MOTIVO MAS GRANDE PARA
SUPERARME Y TE PUEDES SENTIR ORGULLOSO DE MI
SIEMPRE..**

**A MI HERMANA:
KAREN JANETH MATAMOROS B.**

POR SU AYUDA PARA LA REALIZACION DE ESTA TESIS.

AL DR. JUAN ESPINOSA MARTINEZ

POR SU APOYO , AMISTAD Y ASESORAMIENTO DE ESTA TESIS

A LA DRA. YOLANDA E. VALENCIA ISLAS

POR SU APOYO INCONDICIONAL Y SU GRAN AMISTAD.

TÍTULO

**FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO
ACADEMICO DE LOS MEDICOS RESIDENTES DE LA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 .**

INDICE

❖ OBJETIVOS.....	1
❖ JUSTIFICACIÓN.....	2
❖ ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	3
❖ PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA.....	18
❖ MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
❖ PRESENTACIÓN DE RESULTADO.....	20
❖ TABLAS Y GRÁFICAS.....	24
❖ ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	49
❖ CONCLUSIONES.....	54
❖ COMENTARIOS.....	56
❖ BIBLIOGRAFÍA.....	57
❖ ANEXOS.....	59

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

GENERAL: Identificar los factores que influyen en el rendimiento académico de los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar de la U.M.F 20 .

INTERMEDIOS:

- Identificar alteraciones de la agudeza visual, en el rendimiento académico de los residentes de medicina familiar de la U.M.F. 20 vallejo
- Identificar alteraciones de agudeza auditiva en el rendimiento académico de los residentes de medicina familiar de la U.M.F: 20 .
- Cuantificar las horas de dedicación al estudio en el rendimiento académico de los residentes de medicina familiar de la U.M.F. 20 .
-
- identificar la clasificación de la familia, de acuerdo a su TIPOLOGÍA en el rendimiento académico de los residentes de medicina familiar de la U.M.F.
-
- Identificar las funciones familiares (cuidado ,afecto, socialización, status y reproduccion) en el rendimiento académico de los residentes de medicina familiar de la U.M.F. 20.
-
- Identificar el mapa familiar de los residentes de medicina familiar de la U.M.F 20.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio pretende identificar los factores que influyen en el rendimiento académico de los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar en los tres grados.

Poder identificar las variables que impiden su rendimiento académico, y así darme cuenta porque el medico residente no termina su especialización con el mismo ímpetu que cuando la inicio.

Y tener asi una retroalimentación y de alguna manera facilitar la estancia y conclusión de la especialidad.

MARCO TEÓRICO

El aprendizaje se puede definir como la actividad mental por medio de la cual el conocimiento y la habilidad, los hábitos y actitudes e ideales son adquiridos, retenidos y utilizados, originado progresiva adaptación y modificación de la conducta. (1)

- ❖ **Los factores fisiológicos que influyen sobre el aprendizaje incluyen los defectos sensoriales como: los estados físicos resultantes de causas, como vegetaciones, fatiga, perdida de peso y sueño.**
- ❖ **Factores psicológicos. Entre los mas importantes se encuentra la motivación, las técnicas de estudio, la longitud y distribución de las prácticas, la naturaleza de las mayorías que han de ser aprendidas, la retención o permanencia.(3)**

Aprender es la ocupación mas universal e importante del hombre la gran tarea de la niñez, la juventud y el único medio de progresar en cualquier periodo de la vida.

Los psicólogos consideran que la capacidad de aprender constituye la mejor medida simple de la inteligencia humana.

Para comprender como tiene lugar el aprendizaje s esencial conocer la naturaleza del discípulo y la naturaleza de su mente. Se aprende por que el hombre es un ser natural dotado de inteligencia. Sin embargo en esta vida existe una dependencia íntima de las funciones de la mente, respecto a las funciones corporales, pues la union sustancial de cuerpo y alma forman la surte de toda actividad.(1)

Hay cuatro tipos de aprendizaje que incluyen las actividades primarias de la escuela. Actividades tales como la comprensión de un principio filosófico la sustitución de nuevos casos geométricos o el

descubrimiento de significado y aplicaciones de una ley científica son, claramente intelectuales y en su naturaleza se supone conceptos generales, juicio, razonamiento, comprensión de las relaciones existentes y pensamientos reflexivos. Este tipo de aprendizaje se denomina racional y el resultado que busca es el conocimiento. Otras actividades como escribir las artes industriales y el dominio de un instrumento musical suponen sensación, percepción, reacciones musculares movimientos coordinados y los elementos de observación y práctica. Este tipo de aprendizaje se conoce con el nombre de motor.

Hay actividades escolares que se ocupan de reacciones de una secuencia fija como la ortografía, el aprenderse un poema de memoria y asociación, este aprendizaje se denomina asociativo; su resultado es la fijación del material verbal en la mente. Finalmente hay actividades dentro del campo de las bellas artes tales como el gozo que produce la música, el arte y la literatura. Todas ellas suponen sentimientos y emociones actitudes e ideales. Este aprendizaje se denomina apreciativo, y lo que trata es de lograr una actitud de comprensión y estimación de un valor. (5)

MOTIVACIÓN: Es el factor central en la dirección eficiente del proceso de un aprendizaje. Algún tipo de motivación debe hallarse presente en toda enseñanza. Un motivo es la razón por la cual se realiza un acto; motivación significa la presentación al estimar y considerar que son valiosas; es cometido del maestro lograr una motivación lo suficientemente vigorosa y persistente para mantener al alumno activo hasta que se haya logrado la finalidad del aprendizaje.

La motivación efectiva debe conducir al desarrollo de un interés permanente en el aprender a una apreciación del valor a la educación a un celo hacia el tema o habilidad que ha denominarse a un esfuerzo de la voluntad que dirija el perfeccionamiento.

La tarea primaria del maestro es asegurar una actitud favorable por parte del alumno, y su función, estimular la actitud docente. El estado mental es fundamental necesario para el aprendizaje es la atención. (7)

TECNICAS DE ESTUDIO.

El estudio supone la aplicación de la mente a la adquisición de conocimientos; la orientación eficaz del aprendizaje requiere la preparación para que adquiera hábitos de estudio efectivo y eficiente. La importancia de las técnicas de estudio usadas por los alumnos; como factores de progreso de aprendizaje, han sido generalmente reconocidas.

La practica, como condición que afecta al ritmo y progreso del aprendizaje, abarca dos factores importantes: la duración del periodo de practica específica y la frecuencia precisa para que el alumno haga el máximo progreso en la habilidad que ha de alcanzar y el probablemente una longitud y frecuencia óptimas en cuanto a los periodos de práctica, generalmente se esta deacuerdo en que.

- 1.- La práctica distribuida produce efectos mas eficaces que la concentrada.**
- 2.- los periodos de practica deben consistir de partes de horas seguida por intervalos de descanso.(9)**

RETENCIÓN O PERMANENCIA DEL APRENDIZAJE.

Un factor psicológico importante entre los que influye sobre el aprendizaje, es la retención, pues, salvo en el caso de que el conocimiento y las habilidades posean cierto grado de permanencia, no puede tener lugar el aprendizaje, requiere retención. El sobre el aprendizaje, es decir el aprender por encima del nivel necesario para

asegurar una correcta reproducción, perfecciona la relación supone repetición, asimilación, organización y aplicación del contenido, y de aquí se produzca la permanencia en la retención de las materias aprendidas.(12)

PRINCIPIOS REACTORES DEL PROCESO DIDACTO.

El primer principio para dirigir la adquisición de habilidad es comprender las características del aprendizaje sensoriomotor en la manera que se utiliza en la escuela.

El tercero; la cuidadosa selección de buenos materiales fotográficos y otras ayudas gráficas y mecánicas para su limitación.

El cuarto principio; es por medio de la dirección verbal instrucciones claras y adecuadas acerca de lo que se ha de hacer y del como se ha de llevar a cabo.

El último consiste en no olvidar nunca que la habilidad puede ser adquirida solo si se participa la actividad del niño-(4)

SIGNIFICADO EDUCATIVO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE.

Aunque el aprender es un proceso del desarrollo mental requiere orientación, dirección, motivación y control. El problema de la educación estriba en dirigir y orientar al niño en el desarrollo mental por medio de la motivación adecuada y el control afectivo la función de la escuela es hacer posible que todos los tipos de aprendizaje deseable tengan lugar en la forma eficaz y lograr que el conocimiento de las diversas materias se adquiera de tal manera que permita al estudiante asimilar además del conocimiento específico la información, la habilidad obtenida en el dominio de las mismas y la capacidad de emplear el tipo mas adecuado de aprendizaje de que sean capaces.

La relación entre el maestro y el discípulo sea de la mayor importancia pues el deber de aquel es ayudar a este superar las facultades del aprendizaje, ha descubrir los mejores métodos de estudio y trabajo, a desarrollar hábitos convenientes, ha asimilar y organizar el conocimiento en forma útil a motivar y estimular el esfuerzo por parte del alumno ha procurar que la condiciones circundantes tanto físicas como mentales favorezcan el aprendizaje, fomentar en los alumnos una actitud de interés permanente hacia el conocimiento, ayudarles a comprender el propósito y naturaleza del aprendizaje.(6)

TERAPIA ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA.

La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales. Lo que experimenta como real depende de elementos tanto internos como externos.

Las técnicas tradicionales de salud mental se originaron en un fascinación producida por la dinámica del individuo. Esta procuración denomina el campo y condujo a los terapeutas a concentrarse en la exploración de la vida intra psíquica. Como consecuencia inevitable, las técnicas de tratamiento basadas en esta concepción se concentraron exclusivamente en el individuo aislado de su medio.

Un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende aun a considerar el individuo como el asiento de la patología y a reunir solamente a los datos que pueden obtenerse del o acerca del individuo.

Un terapeuta orientado hacia la terapia individual tiende a considerar el individuo como el asiento de la patología y a reunir solamente los datos que pueden obtenerse del o acerca del individuo.

Un terapeuta trabaja en sesiones individuales exploraría los pensamientos y sentimientos del niño acerca de su vida presente y de las personas de su medio, los desarrollos históricos de este conflicto en situaciones extrafamiliares aparentemente no relacionadas con él. Con el contenido de la comunicación del niño y en los fenómenos trasferenciasles.

En las entrevistas con la familia, el terapeuta observaría la relación del niño con su madre, con su mezcla de union y hostilidad.(19)

EL HOMBRE CON SU CONTEXTO.

La terapia estructural de familia, que estudia al hombre en su contexto social, fue desarrollada en la segunda mitad del siglo veinte. Se trata de una de las múltiples respuestas al concepto de hombre como parte de su medio, que comenzó a difundirse a comienzos de este siglo.

La familia constituye un factor sumamente significativo en este proceso. Es un grupo social natural, que determina las respuestas d sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior. Su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.(20)

EL ASIENTO DE LA PATOLOGÍA.

Cuando se concibe a la mente como extracerebral al igual que como la intracerebral, el hecho de situar a la patología en el medio interior de la mente del individuo no indica si se hace dentro o fuera de la patología. La patología puede ubicarse en el interior del paciente, en su contexto social o en el feedback entre ambos. La terapia orientada desde este punto de vista se basa en tres axiomas cada uno de ellos pone su acento en cosas distintas que el axioma mencionado de la teoría individual. El individuo que vive en el seno de una

familia es un miembro de un sistema social al que se debe adaptarse. Sus acciones se encuentran regidas por las características de un sistema, y estas características incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas. El individuo responde al estrés que se producen otros lugares del sistema, a los que se adapta; y él puede contribuir en forma significativa al estrés de otros miembros del sistema. El individuo puede ser considerada como un Subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto. El segundo axioma que subyace a este tipo de terapia es el de que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema. El tercer paciente, su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso que gobierne la conducta sus miembros.

Estas tres consideraciones - la de que el contexto afecta los procesos internos, la de que las modificaciones del contextos producen cambios en el individuo y la de que la conducta del terapeuta es significativa en este cambio - siempre han formado cambio en el sentido común básico de la terapia. (21)

EL OBJETO DE LA TERAPIA.

El objeto de la terapia familiar y técnica a la que recurre están determinados por su marco teórico. La terapia estructural de familia es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar la presente, no en explorar e interpretar el pasado.

El pasado influyo en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente. El objetivo de las intervenciones en el presente es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza a su persona para transformarlo.

Por lo tanto el terapeuta, se une a la familia no para educarla o socializarla sino, mas bien para modificar o reparar su funcionamiento para que esta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.

EL APRENDIZAJE

El aprendizaje puede definirse como la actividad mental por medio de la cual el conocimiento y habilidad, los hábitos y actitudes e ideales son adquiridos, retenidos y utilizados, originados progresivamente adaptación y modificación de la conducta.

Los factores que influyen sobre el ritmo y progreso, la eficacia y exactitud del aprendizaje, o son aquellos estados, tanto fisiológicos como psicológicos que favorecen la adquisición del conocimiento y habilidad y que determinan la clase y cantidad de perfeccionamiento en el aprendizaje.

- a) Factores fisiológicos que influyen sobre el aprendizaje incluye los defectos sensoriales como los estados físicos resultantes de causas como vegetaciones, además, dientes defectuosos, desnutrición, desarreglos, glandulares, la fatiga y la perdida del sueño.
- b) Factores psicológicos entre los mas importantes se encuentra la motivación, las técnicas de estudio, la longitud y la distribución de la prácticas, la naturaleza de las materias que han de ser aprendidas, la retención o permanencia.

TIPOS DE APRENDIZAJE.

APRENDIZAJE RACIONAL: este tipo de aprendizaje trata de obtener conocimiento que puede definirse como la "asimilación mental de cualquier objeto, hecho, principio o ley dentro del orden natural o sobre natural". El aprendizaje racional es claramente intelectual en la naturaleza y abarco el proceso de abstracción por medio del cual se forman los conceptos.

Para estimular y ayudar a sus alumnos a pensar reflexivamente, el maestro debe:

I. Hacerles definir el problema específico y conservarlo claramente en la mente.

II. Instarles a recordar tantas ideas relacionadas como sea posible, animándoles a:

1. Analizar la situación.

2. A formular hipótesis definidas y recordar reglas o principios generales que puedan aplicar.

III. Hacerles evaluar cuidadosamente cada sugerencias, animándoles.

1. A mantener una actitud de juicios o conclusiones diferidos y limpios de prejuicios.

2. A criticar cada una de las sugerencias.

3. A ser sistemático en la selección y rechazo de la misma.

4. A comprobar las soluciones.

IV. ayúdales a organizar las materias de tal modo, que puedan cooperar al proceso de pensamiento, instándoles.

1. A someter a revisión ocasional las materias.

2. A emplear método de tabulaciones y expresión gráfica.

3. A expresar concisamente las conclusiones provisionales elaboradas frecuentemente y durante todo el tiempo que dure el estudio. (1,5,12)

APRENDIZAJE MOTOR. La finalidad que persigue este tipo de aprendizaje es la habilidad, que puede definirse como la adaptación dinámica a los estímulos, consiguiendo velocidad y precisión de realización. (1)

APRENDIZAJE ASOCIATIVO. El resultado que persigue este tipo de aprendizaje es la adquisición y retención de hechos e información. Supone el desarrollo de las tramas asociativas por medio de las cuales se retienen,

recuerdan y reconocen las ideas y experiencias, de tal modo que una de ellas sirva de estímulo para la reanimación o recuerdo de otra u otras previamente experimentadas. (5)

APRENDIZAJE APRECIATIVO. La finalidad que persigue este tipo de aprendizaje es la apreciación, estimación o perfeccionamiento estético, que puede definirse del modo siguiente:

La estimación, que supone elementos intelectuales como emocionales, es un estado de alerta sensitivo y una percepción de la importancia o utilidad de la información en su relación con otros terrenos y en el desarrollo de actitudes y gustos.

El aprendizaje apreciativo abarca los procesos de adquisición de actitudes, ideales, satisfacciones, juicios y conocimientos concernientes al valor implícito en las cosas, a sí como el reconocimiento de lo valioso y de importancia que el estudio adquiere a través de su participación en la actividad de aprender.,(1,5,12)

LA CURVA DEL APRENDIZAJE. El progreso en el aprendizaje, especialmente en la adquisición de la habilidad, puede representarse gráficamente, mediante una curva que muestra los niveles alcanzada y el aumento de eficiencia logrado en los diversos estados de enseñanza practica. Hay dos formas de construir la curva, una de las cuales indica la cantidad de trabajo realizado en un periodo dado de tiempo y otra de unidades de tiempo que son necesarias para realizar un trabajo específico. Generalmente, la reacción entre la dos variables de tiempo y trabajo es representada por una curva en la que una de ellas, ordinariamente la del tiempo que se precisa sigue la ordenada o línea de base, y la otra, comúnmente la cantidad de trabajo realizado, se marca a lo largo del eje vertical o abscisa.

La primera es que ninguna sigue un trazo firme, pues las fluctuaciones, sean leves o notables se manifiestan continuamente, no siendo el progreso constante.

La segunda característica es habitualmente rápida subida inicial o chorro, que muestran muchas curvas de aprendizaje. esto se denomina aceleración negativa, es decir que el ritmo de aprendizaje es mayor en su etapa inicial y es seguido por una disminución gradual a medida que la enseñanza progresa, característica que se explica generalmente como consecuencia del elemento de novedad de un nuevo trabajo elemento que pierde fuerza con el progreso de la adquisición.

La tercera característica es el plateau de aprendizaje es el hecho de que, en general, el retomo progresivo disminuye medida que el alumno se aproxima a los límites del perfeccionamiento. Estos límites son tanto fisiológicos como mentales. Los primeros abarcan las funciones somáticas y los segundos el proceso intelectual. Es evidente que, dada la existencia real de estos límites, debe darse mayor crédito a la unidad de progreso realizado en las etapas mas avanzadas que a la que se logra en la primera y mas fáciles fases.

Las curvas de aprendizaje se han utilizado con mucha frecuencia para presentar el ritmo del progreso en la adquisición de destreza. Consecuentemente, la mayoría de las generalizaciones que concierne a la curva del aprendizaje se han basado en curvas que presentan la adquisición de la habilidad.

La curva de aprendizaje es una indicación del progreso logrado ya por el alumno, pero no predice el progreso futuro. Empleada como medio de sondear los logros realizados, proporciona información que puede servir de ayuda, tanto al maestro como al discípulo.(1,5)

TECNICAS DE ESTUDIO.

El estudio supone la aplicación de la mente a la adquisición de conocimientos; la orientación eficaz del aprendizaje requiere la preparación para que adquiera hábitos de estudio efectivos y eficientes. La importancia de las técnicas de estudio usadas por los alumnos; como factores de progreso de aprendizaje, han sido generalmente reconocidas.

La práctica como condición que afecta al ritmo y progreso del aprendizaje, abarca dos factores importantes: la duración del periodo de practica específica y la frecuencia precisa para que el alumno haga el máximo progreso en la habilidad que ha d alcanzar y el conocimiento probablemente una longitud y frecuencia óptimas en cuanto a los periodos de práctica, generalmente sé esta deacuerdo en que:

- 3. la practica distribuida produce efectos mas eficaces que e la concentrada,**
- 4. los periodos de práctica deben consistir en dos partes de horas seguidas por intervalos de descanso. (12)**

RETENCIÓN O PERMANENCIA DEL APRENDIZAJE.

Un factor psicológico importante entre los que influyen sobre el aprendizaje, el la retención, pues, salvo en el caso de que el conocimiento y las habilidades posean un cierto grado de permanencia, no puede tener lugar el aprendizaje, requiere retención. El aprendizaje sobre aprendizaje, es decir el aprender por encima del nivel necesario para asegurar una correcta reproducción, perfecciona del contenido y de aquí que se produzca la permanencia en la retención.

PRINCIPIOS RECTORES DEL PROCESO DIDACTICO.

El primer principio para dirigir la adquisición de habilidad es comprender las características del aprendizaje sensoriomotor en la manera que es utilizado en la escuela.

El segundo principio consiste en la elección de métodos superiores de dirección y de orientación, hacia una relación valiosa.

El tercero; la cuidadosa selección de buenos modelos fotográficos y otras ayudas gráficas y mecánicas para su imitación.

El cuarto principio; es dar por medio de la dirección verbal instrucciones claras y adecuadas acerca de lo que se ha de hacer y del como se ha de llevar a cabo.

El quinto; es la motivación y estímulo del interés, esfuerzo y la atención.

El último consiste en no olvidar que la habilidad puede ser adquirida solo si participa la actividad del niño (1)

SIGNIFICADO EDUCATIVO DEL PROCESO DE APRENDIZAJE.

Aunque el aprender es un proceso del desarrollo mental requiere orientación, dirección, motivación, y control. El problema de la educación estriba en dirigir y orientar al niño en su desarrollo mental por medio de la motivación adecuada y el control efectivo la función de la escuela es hacer posible que todos los tipos de aprendizaje deseable tenga lugar en forma eficaz y lograr que el conocimiento de las diversas materias se adquiriera de tal manera que permita al estudiante asimilar además del conocimiento específico la información la habilidad obtenida en el dominio de las mismas y la capacidad de emplear el tipo mas adecuado de aprendizaje de que sean capaces. (1,5,12)

GRUPOS OPERATIVOS.

Un grupo operativo y un grupo familiar son susceptibles de una misma definición, que consiste en un grupo de personas reunidas por un largo tiempo y comparten el mismo espacio y están articuladas por su mutua representación interna, que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la que constituye su finalidad. La tarea, la socialización del sujeto, proveyéndola de un marco y basamento adecuados para lograr una adaptación activa a la realidad en la que se modifica al medio en un permanente interjuego dialéctico. (20)

Se fundamenta la teoría de los grupos operativos siguiendo las ideas de Pichón Riviere. El esquema o marco conceptual incluye, además de la concepción general de los grupos restringidos, ideas sobre la teoría del campo, la tarea, el esclarecimiento, aprendizaje, indagación operativa, ambigüedad, decisión, vocación, técnicas interdisciplinarias y acumulativas, la comunicación y los desarrollos dialécticos en espiral. Otros aspectos se refieren a estrategia, táctica y técnica, así como horizontalidad y verticalidad, sumación de ideas. En cierta forma estas medidas se inspiran en las técnicas de los comandos pero su verdadero nacimiento y desarrollo se inicia de lo que denominamos experiencia Rosario, la cual es una investigación de carácter interdisciplinario y acumulativo, que se realizó sobre una comunidad heterogénea de Argentina por miembros de el instituto Argentino de estudios sociales.(21)

Los resultados tuvieron una influencia decisiva tanto sobre la teoría como la práctica de los grupos operativos aplicados a la didáctica, la empresa, la terapéutica y la publicidad.

La técnica de estos grupos esta centrada en la tarea, donde teoría y práctica se resuelven en una práctica permanente y se concreta con el aquí y el ahora,. La finalidad de los grupos

operativos es la movilización de estructuras estereotipadas a causa del monto de ansiedad que despierta todo cambio.

En el grupo operativo, el esclarecimiento, la comunicación el aprendizaje y la resolución de tareas, coinciden con el aprendizaje, creándose un nuevo esquema referencial (20)

Pertenencia, es el sentido de integrar un grupo, e identificarse con los acontecimientos y vicisitudes de ese grupo, los integrantes de un grupo se visualizan como tales y sienten a los demás miembros incluidos en su mundo interno (21)

El esclarecimiento y manejo operativo de los vectores de pertenencia, cooperación, pertinencia, comunicación, aprendizaje y tele, permitirán a la unidad grupal el abordaje de ansiedades desencadenadas por situaciones de cambio, por las que todo grupo de aprendizaje atraviesa.(21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que interfieren en el rendimiento académico de los médicos residentes de la especialidad en medicina familiar de la UMF 20 .?

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se realizo en la U.M.F.20 Vallejo del I.M.S.S. de la delegación 1 noroeste de la CD. De México durante el ciclo 2000-2001.

El tipo de estudio fue retrospectivo transversal, descriptivo y observacional.

La muestra de estudio fue integrada por 42 de médicos residentes de los 3 años de la especialidad en medicina familiar de la unidad de medicina familiar N° 20 del IMSS.

.

Los criterios de inclusión fueron:

- ❖ Residentes de medicina familiar de la UMF 20 Vallejo.**
- ❖ Ambos sexos, que pertenezcan al curso de especialización que acepten de forma voluntaria participar en el estudio**

Los criterios de no-inclusión fueron.

- ❖ Que no sean residentes de medicina familiar de la UMF 20 Vallejo**
- ❖ Que no acepten participar en el estudio.**

El instrumento de aplicación consto de historia clínica, exploración física intencionada a detectar alteraciones visuales y auditivas. Entrevista socioeconómica y estratificación social y la realización de familiograma mapa estructural y test de funcionalidad sin distinción de grado.

RESULTADOS.

Se presentan los resultados de 42 residentes de la especialidad de medicina familiar de la UMF 20 Vallejo del IMSS de 1° 2° 3° grado dividiendo a los 42 residentes en 2 grupos, de acuerdo a sus calificaciones grupo 1 menor de 8 de calificación (12) y grupo 2 mayor a 8 de calificación (30)

Se encontró que el grupo de edad comprendió un rango entre 27 y 39 años siendo la media en el grupo 1 de 30 años y en el grupo 2 de 34 años. (tabla y gráfico 1)

El sexo predominante en ambos grupos fue el femenino con un total de (n= 28) y el masculino (n= 14) en el grupo 1 femenino (n= 7) 58.33% y masculino (n=5) 41.66 % y en el grupo 2 femeninos (n=21) 70 % masculino (n=9) 30% (ver tabla y gráfico 2)

El estado nutricional de acuerdo a la clasificación se presento en el grupo 1 sin desnutrición (n=5) 41.66% desnutrición leve (n=3) 25 % obesidad (n=4) 33.33 %. En el grupo 2 sin desnutrición (n=22) 73.33 % con desnutrición leve (n=4) 13.33% con obesidad (n=4) 13.33% (ver tabla y gráfico 3)

la agudeza visual en el grupo 1 fue normal (n=5) 41.66 % y anormal (n=7) 58.33% en el grupo 2 fue norma (n=17) 56.66 % y anormal (n=13) 43.33% (ver tabla y gráfico 4)

la agudeza auditiva fue normal en el grupo 1 (n=12) 100% y en el grupo 2 (n= 39) 100% (ver tabla y gráfico 5)

El tiempo de dedicación al estudio en el grupo 1 fue menor a 1 hora (n=4) 33.33 % de 1-2 hrs. (n=5) 41.66 % y 3 hrs (n=3) 25 % . En el grupo 2 fue menor a 1 hrs (n= 7) 23.33% 1-2 hrs (n=11) 36.66 % y 3 hrs (n= 12) 40 %.
(ver tabla y gráfico 3)

el area que mas se le facilita en el grupo 1 es la teórica (n=2) 16.66% y la práctica (n=10) 83.33% y en el grupo 2 la teórica (n=8) 26.66 % y práctica (n=22) 73.33%
(ver tabla y gráfico 7)

deacuerdo a la estructura familiar se comportaron los grupos de la siguiente manera: el grupo 1 presento familia nuclear (n=7) 58.33 % extensa (n=4) 33.33 % compuesta (n=1) 8.33 -% en el grupo 2 familia nuclear (n=20) 66.66 % extensa (n=9) 30% compuesta (n=1) 3.33 %
(ver tabla y gráfico 8)

deacuerdo a la geografía en el grupo 1 la urbana (n=12) 100% y en el grupo 2 (n=1) 3.33 % rural y urbana (n=29) 96.66%.
(ver tabla y gráfico 9)

la dinámica con relación al número d integrantes de la familia en el grupo 1 fue integrada (n=7) 58.33% semiintegrada (n=4) 33.33% desintegrada (n=1) 8.33 % en el grupo 2 integrada (n=24) 80% semiintegrada (n=4) 13.33 % y desintegrada (n=2) 6.66%
(ver tabla y gráfico 109)

la funcionalidad familiar en el grupo 1 fue funcional (n=5) 41,66 % moderadamente funcional (n=4) 33.33 % y disfuncional (n=3) 25% en el grupo 2 funcional (n=24) 80% moderadamente Funcional (n=4) 13.33 % y disfuncional (n=2) 6.66%
(ver tabla y gráfico 11)

La función de socialización en el grupo 1 funcional (n=8) 66.66% moderadamente funcional (n=4) 33.33 % en el grupo 2: funcional (n=27) 90% moderadamente funcional (n=3) 10% (ver tabla y gráfico 12)

La función de cuidado en el grupo 1: funcional (n=7) 58.33% moderadamente funcional (n=3) 25%, disfuncional (n=2) 16.6% En el grupo 2: funcional (n=19) 63.33 % moderadamente funcional (n=10) 33.33% y disfuncional (n=1) 3.33% (ver tabla y gráfico 13)

La función de afecto en el grupo 1: funcional (n=8) 66.66% moderadamente funcional (n=4) 33.33% en el grupo 2: funcional (n=21) 70 %, moderadamente funcional (n=9) 30% (ver tabla y gráfico 14)

La función de reproducción en el grupo 1: funcional (n=4) 33.33 % moderadamente funcional (n=6) 50% y disfuncional (n=2) 16.66% en el grupo 2: funcional (n=10) 33.33%, moderadamente funcional (n=9) 30% y disfuncional (n=11) 36.66% (ver tabla y gráfico 15)

La función de Status en el grupo 1: funcional (n=1) 8.33%, moderadamente funcional (n=7) 58.33 % y disfuncional (n=4) 33.33% en el grupo 2: funcional (n=21) 70 % moderadamente funcional (n=7) 23.33% y disfuncional (n=2) 6.66% (ver tabla y gráfico 16)

De acuerdo al mapa estructural la jerarquía se presentó en un 100% en ambos grupos (ver tabla y gráfico 17)

Los límites en el grupo 1: claros (n=4) 33.33%, difusos (n=8) 66.66% en el grupo 2: claros (n=19) 66.33% difusos (n=11) 33.66 % (ver tabla y gráfico 18)

**Los roles familiares en el grupo 1: dinámicos (n=5) 41.66%,
estáticos (n=7) 58.33%. En el grupo 2: dinámicos (n=20)
66.66 % estáticos (n=10) 33.33%
(ver tabla y gráfico 19)**

**Las reglas familiares en el grupo 1: flexibles (n=8) 66.66%,
rígidas (n=4) 33.33%. en el grupo 2: flexibles (n=22) 77.33%
rígidos (n=8) 26.66%
(ver tabla y gráfico 20)**

**La comunicación en el grupo 1: clara y directa (n=6) 50%
enmascarada (n=6) 50% en el grupo 2: clara y directa
(n=24) 80% enmascarada (n=6) 20 %
(ver tabla y gráfico 21)**

**Otro punto fue el número de residentes de acuerdo al tipo
de beca: becario (n=7) 16.66% becado (n=35) 83.33%
presentándose en el grupo 1: becario (n=5) 41.66 % becado
(n=7) 58.33% en el grupo 2: becario (n=2) 6.66 % becado
(n=28) 93.33%
(ver tabla y gráfico 22)**

**La motivación en el grupo 1: motivado (n=7) 58.33%
desmotivado (n=5) 41.66.% en el grupo 2: motivado (n=28)
93.33% y desmotivado (n=2) 6.66%
(ver tabla y gráfico 23)**

**La especialidad de medicina familiar como primera opción
en el grupo 1: (n=3) 25 % otra opción (n=9) 75% en el grupo
2: primera opción (n=26) 86.66% otra opción (n= 4) 13.33%
(ver tabla y gráfico 24)**

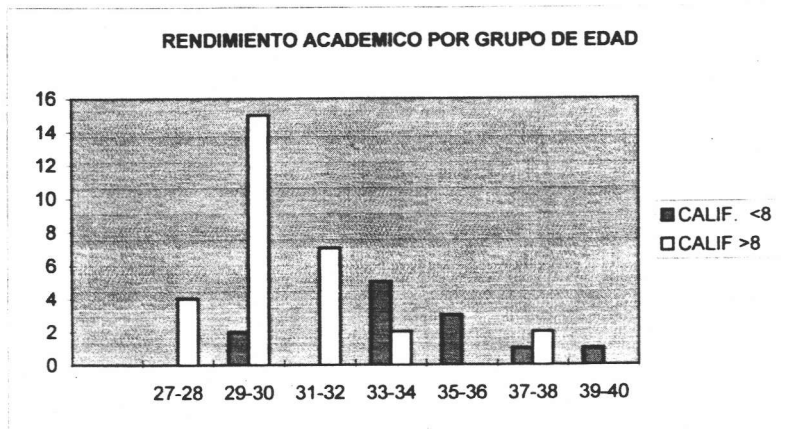
**La especialidad de preferencia de los 13 residentes que no
deseaban medicina familiar fue medicina interna (n=7)
53.84%, traumatología (n=2) 15.38% pediatría (n=2) 15.38 %
ginecología (n=1) 7.69% y cirugía (n=1) 7.69 %
(ver tabla y gráfico 25)**

TABLA N° 1

RENDIMIENTO ACADÉMICO DE LOS RESIDENTES DE 1°, 2° Y 3°
AÑO POR GRUPO DE EDAD DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

EDAD	CALIF. <8	%	CALIF >8	%	TOTAL	%
27-28	0	0	4	13,33	4	13,33
29-30	2	16,66	15	50	17	40,47
31-32	0	0	7	23,33	7	16,66
33-34	5	41,66	2	6,66	7	16,66
35-36	3	25	0	0	3	7,14
37-38	1	8,33	2	6,66	3	7,14
39-40	1	8,33	0	0	1	2,38
TOTAL	12	99,98	30	99,98	42	100

GRAFICO N° 1



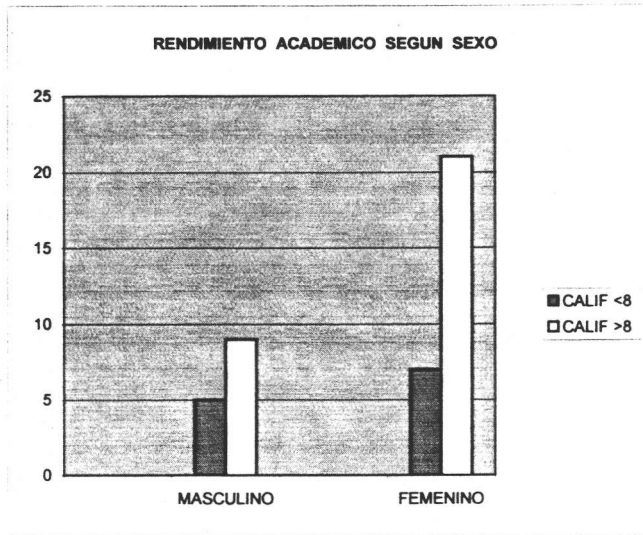
FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 2

RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR POR SEXO DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

SEXO	CALIF <8	%	CALIF >8	%	TOTAL
MASCULINO	5	41,66%	9	30	14
FEMENINO	7	58,33%	21	70	28
TOTAL	12	99,99%	30	100	42

GRAFICO N° 2



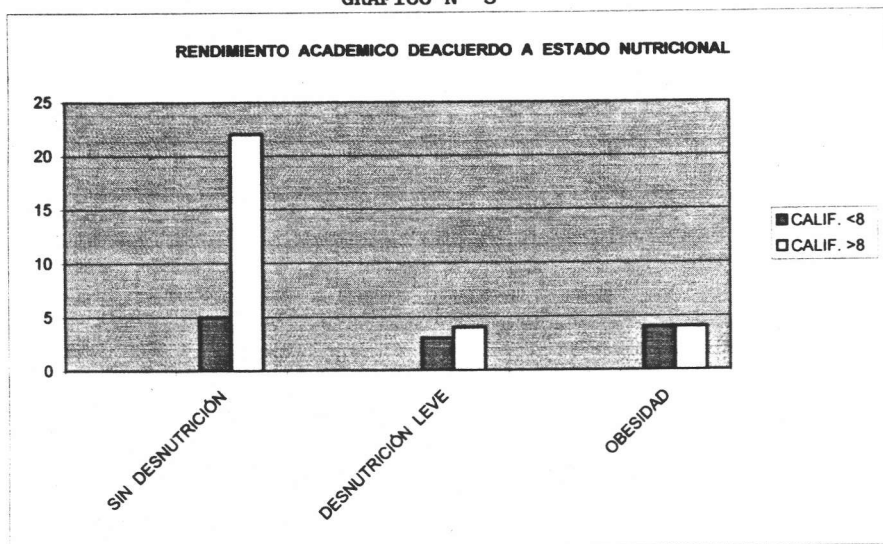
FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 3

ESTADO NUTRICIONAL DEACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA UMF 20 VALLEJO
DURANTE EL CICLO 2000-2001

ESTADO NUTRICIONAL	CALIF. <8	%	CALIF. >8	%	TOTAL
SIN DESNUTRICIÓN	5	41,66	22	73,33	27
DESNUTRICIÓN LEVE	3	25	4	13,33	7
OBESIDAD	4	33,33	4	13,33	
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

GRAFICO N° 3



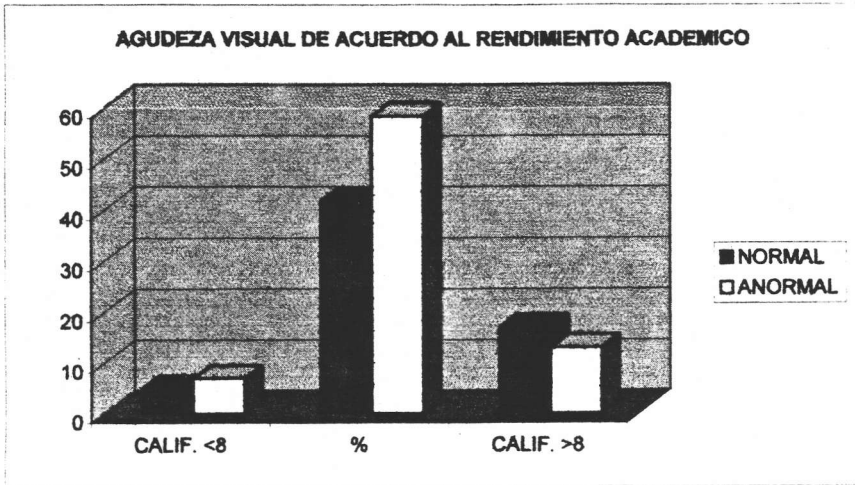
FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA U.M.F. 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 4

AGUDEZA VISUAL DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO
DURANTE EL CICLO 2000- 2001

AGUDEZA VISUAL	CALIF. <8	%	CALIF. >8	%	TOTAL
NORMAL	5	41,66	17	56,66	22
ANORMAL	7	58,33	13	43,43	20
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

GRAFICO N°4



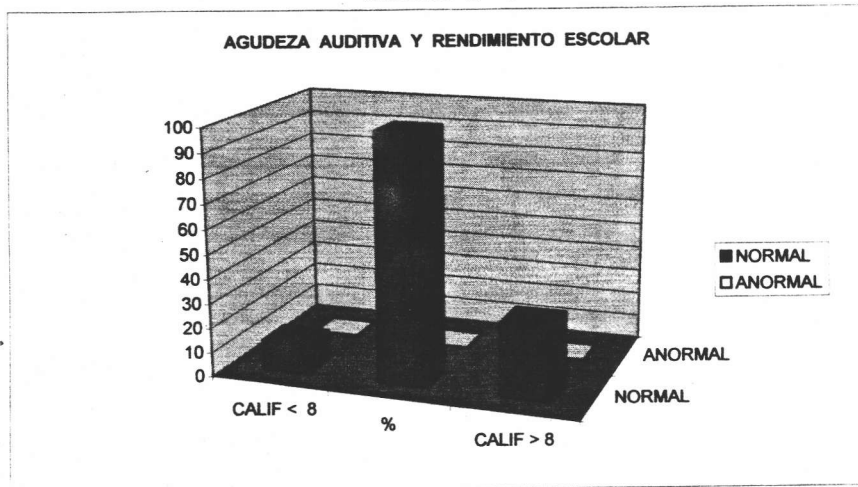
FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 5

AGUDEZA AUDITIVA DEACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO
DURANTE EL CICLO 2000-2001

AGUDEZA AUDITIVA	CALIF < 8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
NORMAL	12	100	30	100	42
ANORMAL	0	0	0	0	0
TOTAL	12	100	30	100	42

GRAFICO N° 5



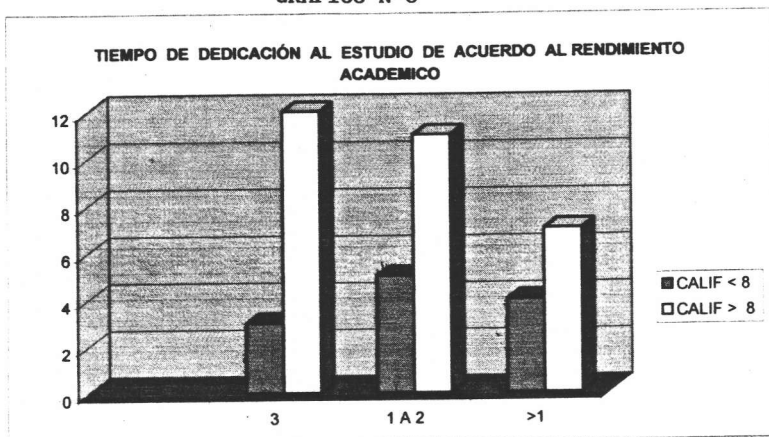
FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 6

TIEMPO DEDICADO AL ESTUDIO DEACUERDO AL RENDIMIENTO
ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000-2001

HORAS	CALIF < 8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
3	3	25,00	12	40,00	15
1 A 2	5	41,66	11	36,66	16
>1	4	33,33	7	23,33	11
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

GRAFICO N°6



FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 7

AREA QUE MAS SE FACILITA DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

AREA	CALIF <8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
PRACTICA	10	83,33	22	73,33	32
TEORICA	2	16,66	8	26,66	10
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

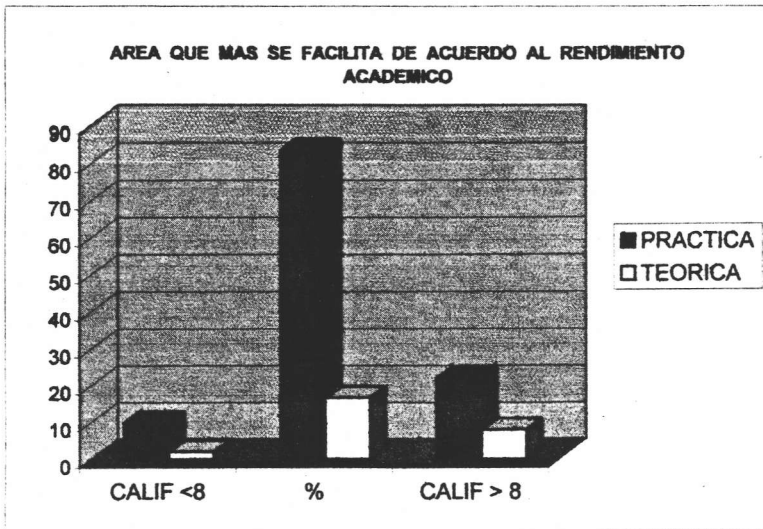


GRAFICO N°.7

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.SS.

TABLA N° 8

TIPOLOGIA ESTRUCTURAL FAMILIAR DE ACUERDO AL R ENDIMIENTO
ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

FAMILIA	CALIF <8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
NUCLEAR	7	58,33	20	66,66	27
EXTENSA	4	33,33	9	30,00	13
COMPUESTA	1	8,33	1	3,33	2
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

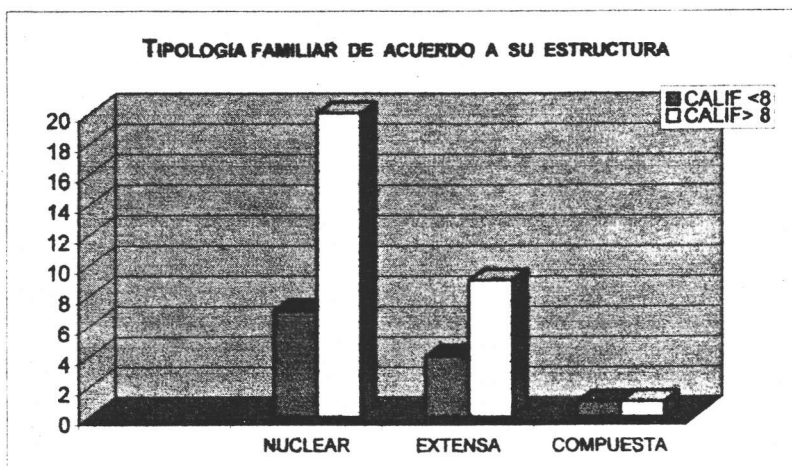


GRAFICO N°8

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 9

TIPOLOGÍA GEOGRAFICA FAMILIAR DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1°2°Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

AREA	CALIF.<8	%	CALIF>8	%	TOTAL
RURAL	0	0	1	3,33	1
URBANA	12	100	29	96,66	41
TOTAL	12	100	30	99,99	42

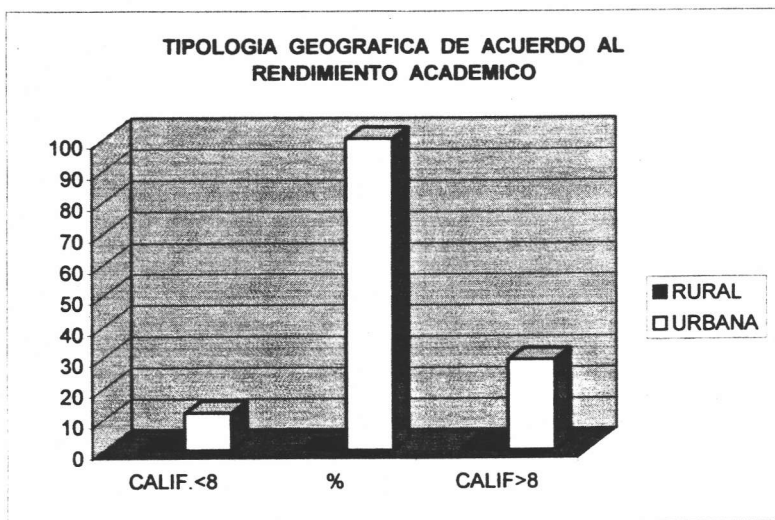


GRAFICO N° 9

FUENTE.SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M

TABLA N° 10

DINAMICA FAMILIAR POR NUMERO DE INTEGRANTES DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1°Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

FAMILIA	CALIF < 8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
INTEGRADA	7	58,33	24	80,00	31
SEMI INTEGRADA	4	33,33	4	13,33	8
DESINTEGRADA	1	8,33	2	6,66	3
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

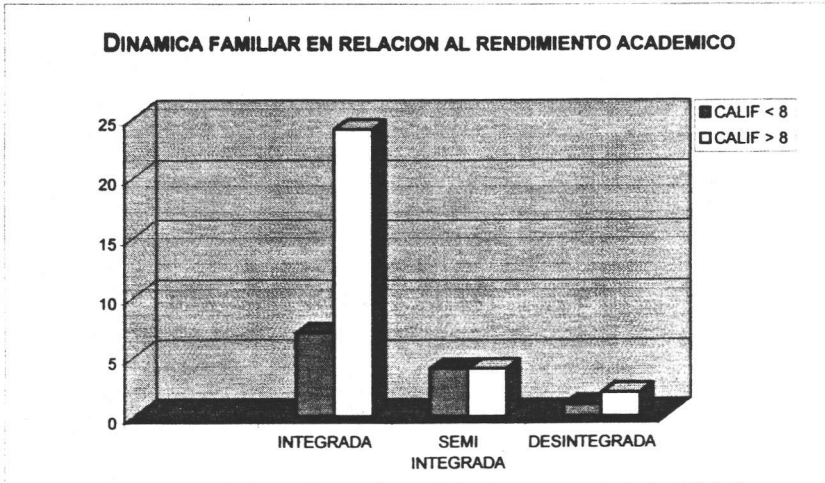


GRAFICO N° 10

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 11

LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

FUNCIONALIDAD	CALIF. < 8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
FUNCIONAL	5	41,66	24	80,00	29
FUNCIONAL MOD.	4	33,33	4	13,33	8
DISFUNCIONAL	3	25,00	2	6,66	5
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

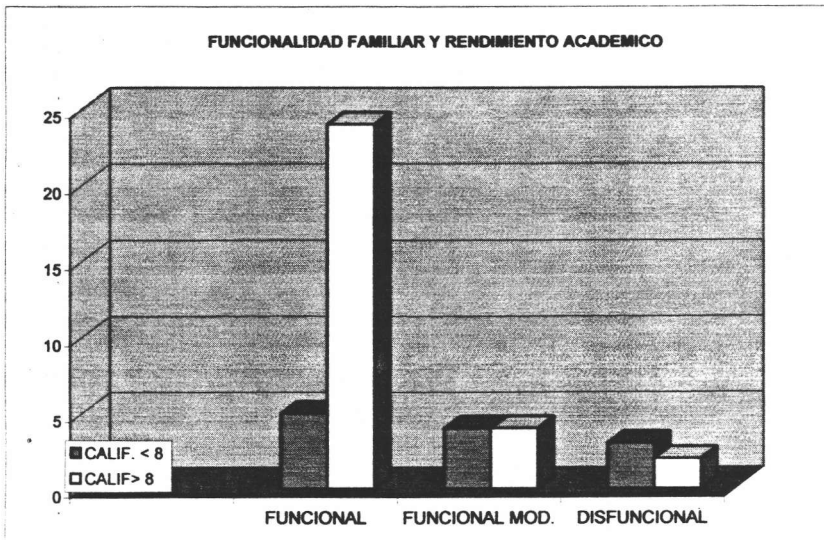


GRAFICO N° 11

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 12

FUNCION DE SOCIALIZACION DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

SOCIALIZACION	CALIF < 8	%	CALIF >8	%	TOTAL
FUNCONAL	8	66,66	27	90	35
FUNCONAL MOD.	4	33,33	3	10	7
TOTAL	12	99,99	30	100	42

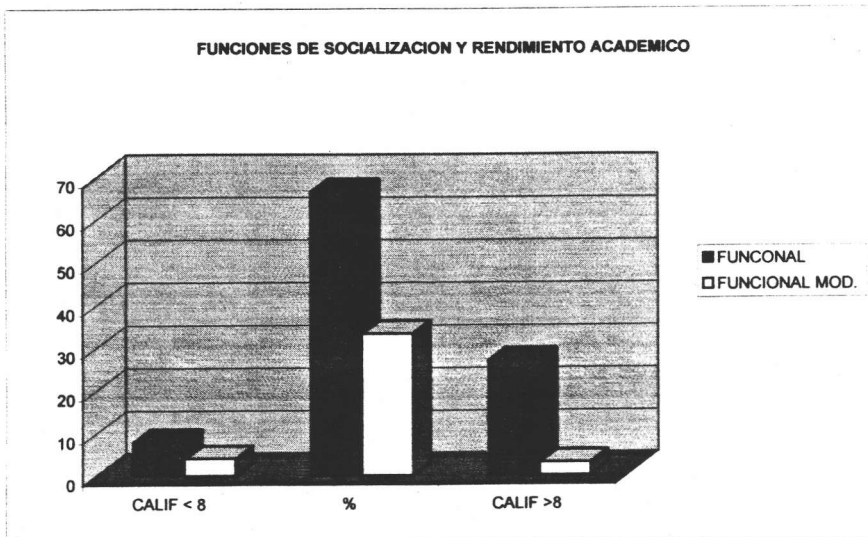


GRAFICO N° 12

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°13

FUNCION DE CUIDADO DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000 - 2001

	CALIF. <8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
FUNCIONAL	7	58,33	19	63,33	26
MOD. FUNCIONAL	3	25,00	10	33,33	13
DISFUNCIONAL	2	16,66	1	3,33	3
TOTAL	12	99,99	30	9,9	42

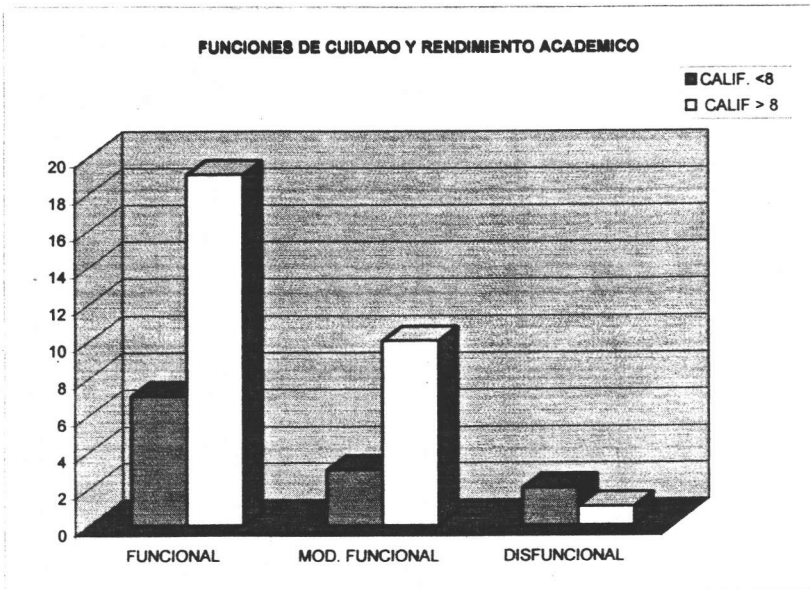


GRAFICO N° 13

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°14

FUNCION DE AFECTO DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000 - 2001

	CALIF < 8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
FUNCIONAL	8	66,66	21	70	29
MOD. FUNCIONAL	4	33,33	9	30	13
TOTAL	12	99,9	30	100	42

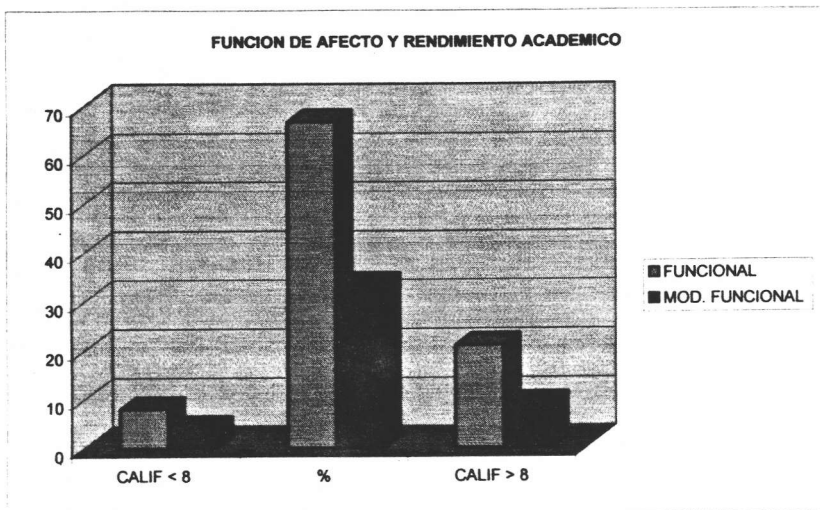


GRAFICO N° 14

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 15

FUNCION DE REPRODUCCION DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000 - 2001

	CALIF.<8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
FUNCIONAL	4	33,33	10	33,33	14
MOD. FUNCIONAL	6	50,00	9	30,00	15
DISFUNCIONAL	2	16,66	11	36,66	13
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

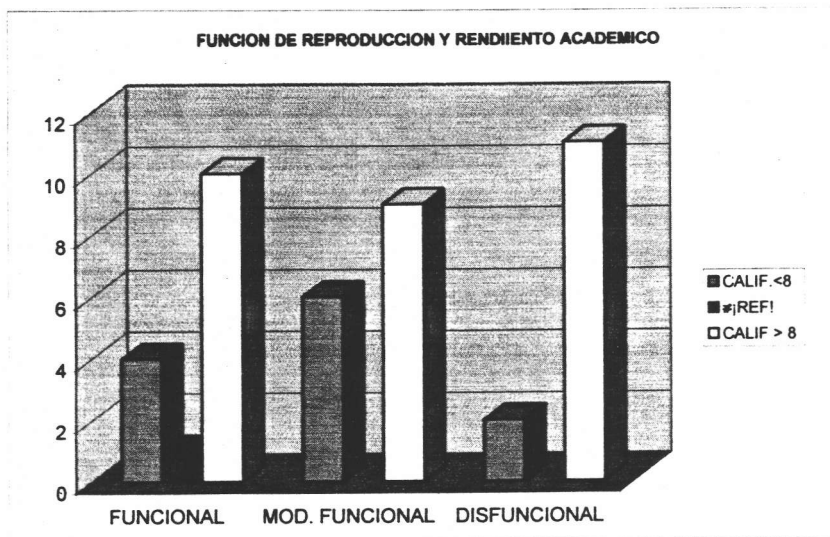


GRAFICO N°15

FUENTE ENCUESTA DIRECTA DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO

TABLA N°16

FUNCION DE STATUS DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL
CICLO 2000-2001

STATUS	CALIF<8	%	CALIF>8	%	TOTAL
FUNCIONAL	1	8,33	21	70	22
MOD. FUNCIONAL	7	58,33	7	23,33	14
DISFUNCIONAL	4	33,33	2	6,66	6
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

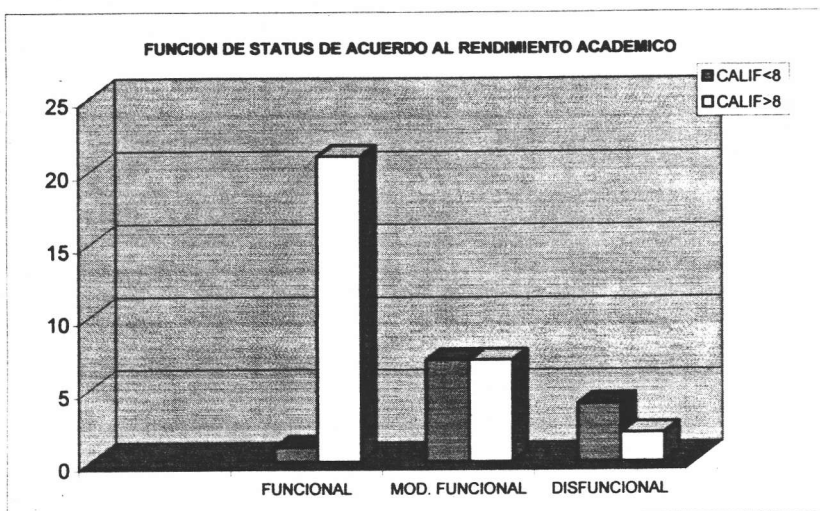


GRAFICO N°16

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°17

JERARQUIA FAMILIAR DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL
CICLO 2000-2001

JERARQUIA	CALIF<8	%	CALIF > 8	%	TOTAL
ADECUADA	12	100	30	100	42
INADECUADA	0	0	0	0	0
TOTAL	12	100	30	100	42

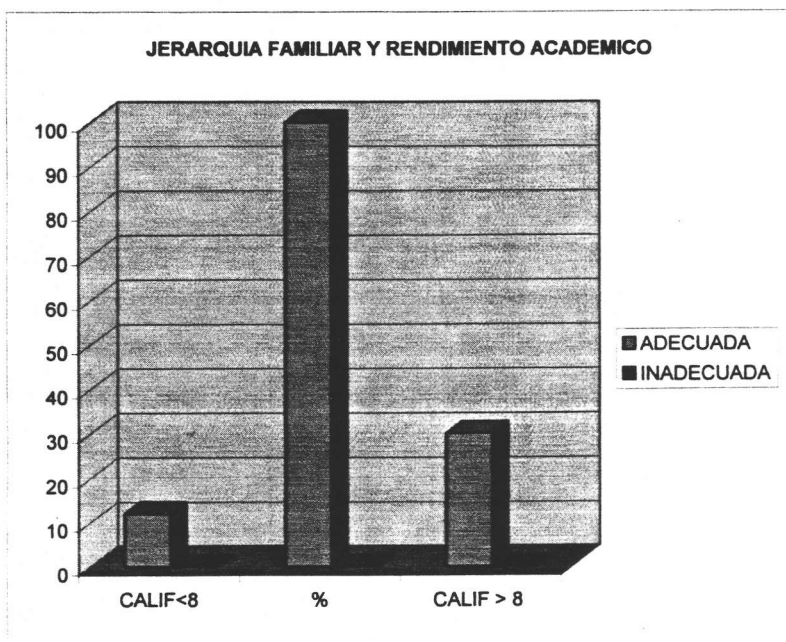


GRAFICO N°17

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N° 18

LIMITES FAMILIARES DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL
CICLO 2000-2001

LIMITES	CALIF <8	%	CALIF >8	%	TOTAL
CLAROS	4	33,33	19	66,66	23
DIFUSOS	8	66,66	11	36,66	19
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

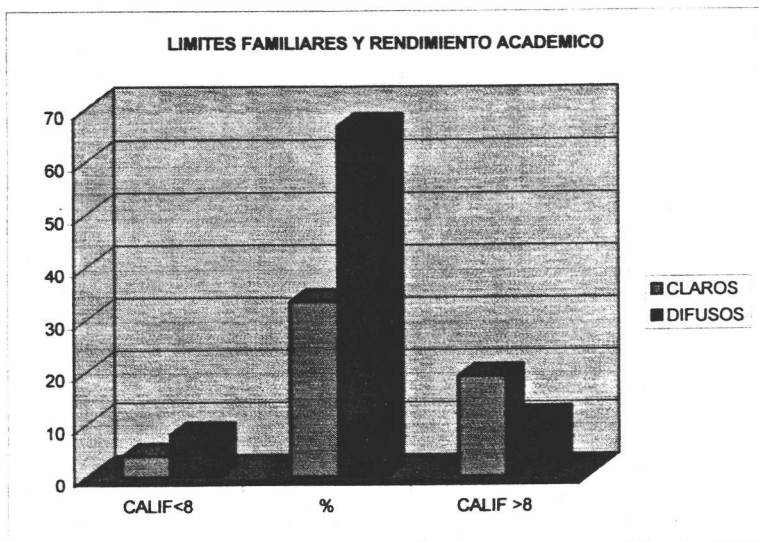


GRAFICO N°18

FUENTE ;SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°19

ROLES FAMILIARES DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADÉMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000 - 2001

ROLES FAMILIARES	CALIF <8	%	CALIF >8	%	TOTAL
DINAMICOS	5	41,66	20	66,66	25
ESTATICOS	7	58,33	10	33,33	17
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

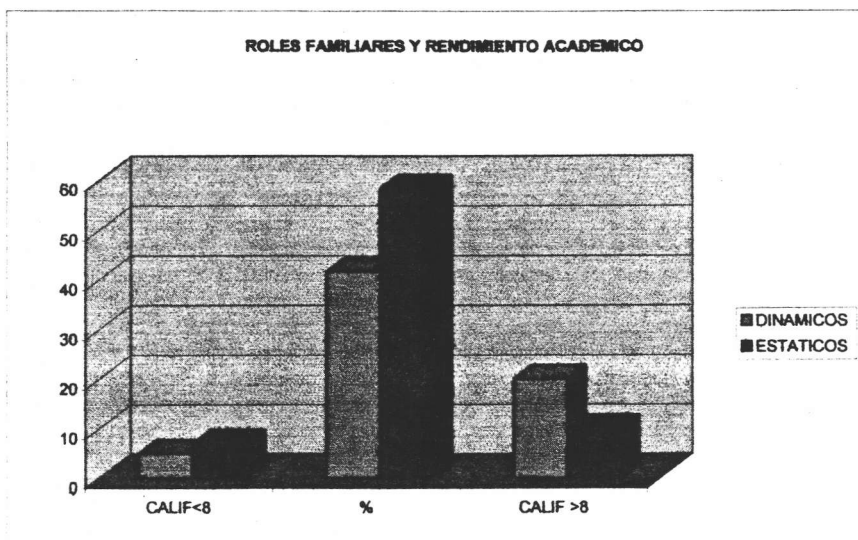


GRAFICO N°19

FUENTE :SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°20

REGLAS FAMILIARES DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO
DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE
EL CICLO 2000 - 2001

REGLAS	CALIF<8	%	CALIF >8	%	TOTAL
FLEXIBLES	8	66,66	22	73,33	30
RIGIDAS	4	33,33	8	26,66	12
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

REGLAS FAMILIARES Y RENDIMIENTO ACADEMICO

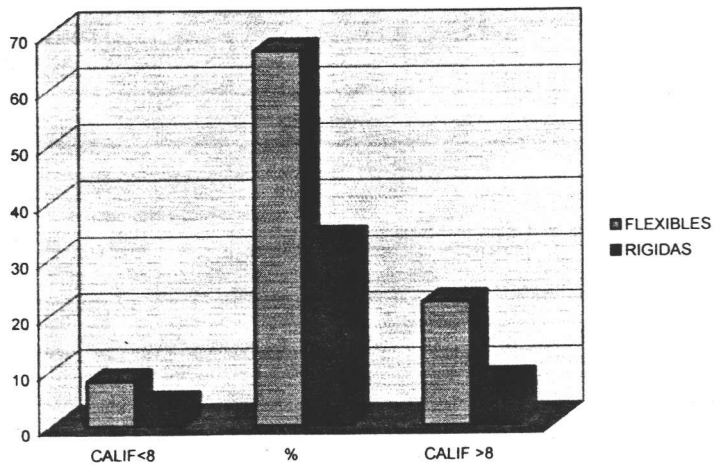


GRAFICO N°20

FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°21

TIPO DE COMUNICACION FAMILIAR DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

COMUNICACION	CALIF<8	%	CALIF >8	%	TOTAL
DIRECTA	6	50	24	80	30
INDIRECTA	6	50	6	20	12
TOTAL	12	100	30	100	42

TIPO DE COMUNICACION Y RENDIMIENTO ACADEMICO

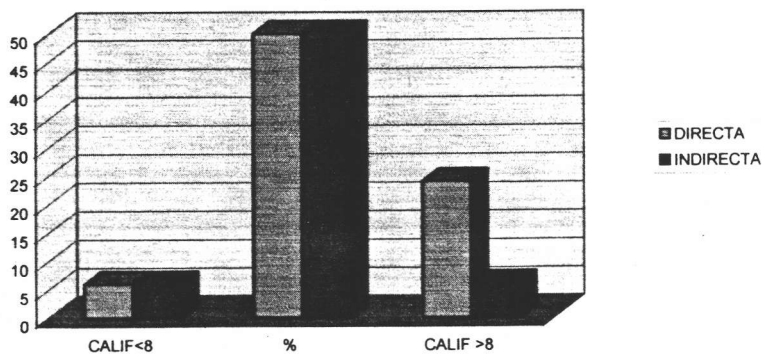


GRAFICO N°21

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO. I.M.S.S.

TABLA N°22

TIPO DE BECA ESTUDIANTIL DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

TIPO DE BECA	CALIF <8	%	CALIF >8	%	TOTAL
BECADO	7	58,33	28	93,33	35
BECARIO	5	41,66	2	6,66	7
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

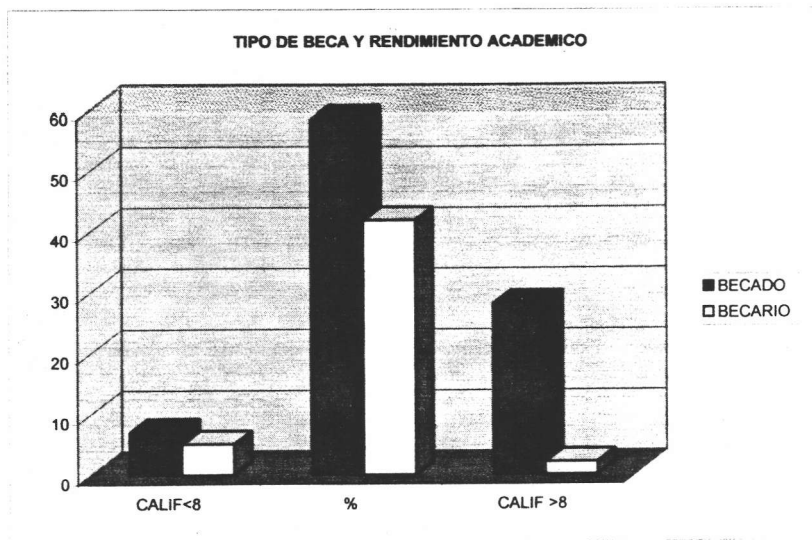


GRAFICO N°22

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°23

LA MOTIVACION DE ACUERDO AL RENDIMIENTO ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO DURANTE EL CICLO 2000-2001

	CALIF<8	%	CALIF>8	%	TOTAL
MOTIVADO	7	58,33	28	93,33	35
DESMOTIVADO	5	41,66	2	6,66	7
TOTAL	12	99,99	30	99,99	42

MOTIVACION Y RENDIMIENTO ACADEMICO

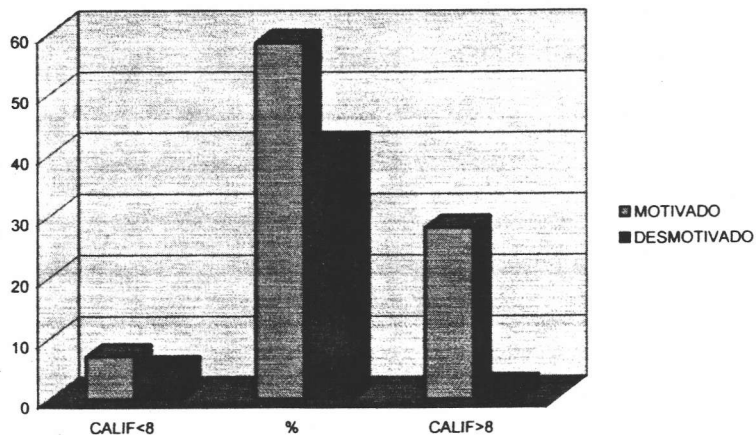


GRAFICO N°23

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

TABLA N°24

LA ESPECIALIDAD COMO 1° OPCIÓN DE ACUERDO AL RENDIMIENTO
ACADEMICO DE LOS RESIDENTES DE 1° 2° Y 3° AÑO DE LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20 VALLEJO
DURANTE EL CICLO
2000-2001

	CALIF<8	%	CALIF>8	%	TOTAL
1° OPCION	3	25	26	86,66	29
OTRA OPCION	9	75	4	13,33	13
TOTAL	12	100	30	99,99	42

LA ESPECIALIDAD COMO 1° OPCION Y RENDIMIENTO ACADEMICO

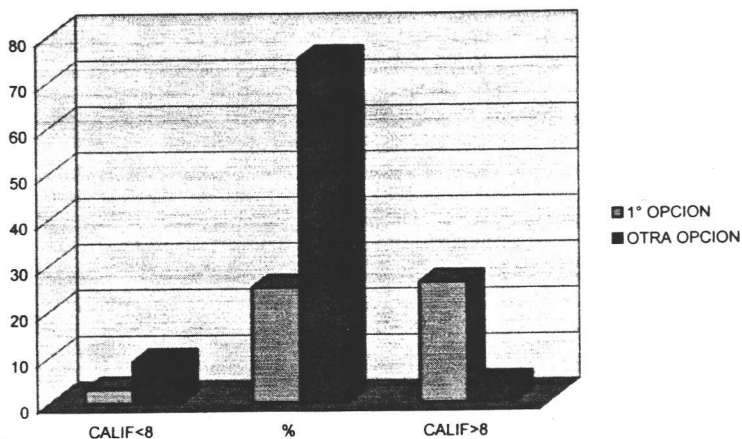


GRAFICO N°24

FUENTE:SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

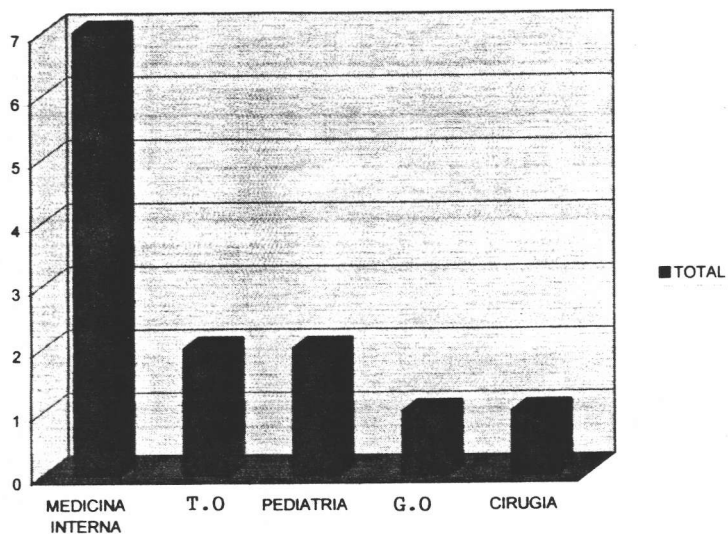
TABLA N° 25

ESPECIALIDAD DE PREFERENCIA POR LOS RESIDENTES
QUE NO DESEABAN MEDICINA FAMILIAR DURANTE EL CICLO 2000 - 2001

ESPECIALIDAD	TOTAL	%
MEDICINA INTERNA	7	53,84
TRAUMATOLOGIA	2	15,38
PEDIATRIA	2	15,38
GINECOLOGIA Y OBST.	1	7,69
CIRUGIA	1	7,69
TOTAL	13	99,98

GRAFICO N°25

ESPECIALIDADES DE PREFERENCIA



FUENTE: SEDE DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UMF 20 VALLEJO I.M.S.S.

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En la presente investigación se estudiaron 42 médicos residentes de los 3 grados de la especialidad de medicina familiar de la U.M.F. 20 del I.M.S.S. a los cuales se les aplico una encuesta para saber los factores que interfieren en el rendimiento académico

Los médicos residentes se dividieron en 2 grupos los de calificación menor a 8 y calificación mayor a 8, reportándose el siguiente resultado:

El grupo de edad comprendió un rango entre 27 y 39 años, mostrando una edad mayor de 34 años en los residentes del grupo 1 (calificación >8), lo cual puede deberse que su rendimiento académico no sea el adecuado por haber dejado un tiempo sus estudios de post- grado.

El sexo predominante en ambos grupos fue el femenino con un 58.55% en el grupo 1 y un 70% en el Grupo 2. Lo cual demuestra que actualmente esta participando mas activamente en el avance profesional y con un buen desempeño académico.

El estado nutricional en el grupo 1 mostró una igual en proporción del porcentaje de residentes sin desnutrición y obesidad, lo cual no concuerda con los autores donde nos mencionan que un pobre aporte nutricional, influye en la capacidad de desarrollo intelectual, ya que nos hablan de que Mexico es un país en vías de desarrollo y presenta un alto porcentaje de desnutrición infantil, pro en el ámbito de post- grado no es valorable.

La agudeza visual en ambos grupos presento un índice anormal muy similar en el grupo 1 de 58.33% y el grupo 2 43.33%. Manteniendo una supremacía en el grupo 1.

Presentando mas frecuentemente el problema de refracción de miopía y astigmatismo. El cual sido corregido usando lentes, por lo que en concordancia se dice que en Mexico su población presenta menos del 30% algunos trastornos de refracción

La agudeza auditiva fue normal en el 100% de la población . Lo cual concuerda con James en un estudio que realizo en donde encontró una prevalencia del 4.6% y que afectaba un rendimiento académico.

El tiempo de dedicación al estudio en el grupo 1 fue de 1-2 hrs en un 41.66% y en el grupo 2 de 3hrs un 40%. Lo cual es apoyado por lo que dicen los autores, que el trabajo extra curricular fuera de las aulas de estudio es importante ya que se repasan los conocimientos aprendidos y se facilitara un proceso de reincorporación de nuevos conceptos.

El area que mas se facilito en ambos grupos fue la practica en el grupo 1 con 83.33% y en el grupo 2 73.33%. Lo cual se ve proyectado en las calificaciones y esto puede deberse a que los motivadores no son tan profundos o existan otras variables.

De acuerdo a la tipología familiar predomino en ambos grupos la urbana, grupo 1 100% y en el grupo 2 96.66% Ya que la zona en donde los médicos residentes realiza su especialidad cubre las condiciones de numero de habitantes, servicios intra y extradomiciliarios, ocupaciones de sus habitantes, para considerarse area urbana por lo que es un sesgo.

La dinámica familiar dependiendo en el numero de habitantes se presento con mayor porcentaje la integrada en el grupo 1 58.33% y en el Grupo 2 80%. Lo cual se sugiere por la etapa de matrimonio en la que cursan los residentes y algunos en etapa de expansión.

La funcionalidad familiar su mayor porcentaje fue en ambos grupos funcional en el Grupo 1 41.66% y en el Grupo 2 80%. Esto demuestra que las funciones son cumplidas Normalmente se acepta que el sistema familiar cumple ciertas actividades o funciones orientadas a una meta determinada que son necesarias para la supervivencia de la especie así como para la perpetuacion de una cultura y sociedad especifica.

La función de socialización se observó funcional en ambos grupos 66.66% en el grupo 1 y en el grupo 2 90%.

La familia establece una serie de mecanismos que permiten el control de la conducta a través de prácticas educativas familiares que se complementan en la escuela. Concordando con los autores, quienes dicen que la educación que los padres solicitan a las escuelas con el objeto de formar y educar a sus hijos para que se acoplen al sistema social y se espera la colaboración de los mismo.

La función de cuidado se presenta funcional en ambos grupos con un 58.33% en el Grupo 1 y 63.33 en el grupo 2

Musito menciona que el ser humano desde su nacimiento depende de su familia para sobrevivir, por lo que del cuidado dependerá que ese ser tome autoidentidad y que sea capaz de desarrollar todas sus potencialidades tanto intelectuales y físicas.

La función de afecto se encuentra funcional en ambos grupos 6.66% en el grupo 1 y 70% en el grupo 2.

Se dice que la familia es el lugar principal donde los subsistemas alcanzan su máxima expresión, en ella se expresa el afecto y la afiliación tanto como el desagrado, lo que determinará gran parte de la conducta de un individuo y su manera de convivencia hacia los demás, por lo que es de esperarse que un individuo sin percepción de apoyo tenga mayor dificultad para adaptarse a otros círculos.

La función de reproducción se aprecia en el grupo 1 moderadamente funcional con un 50% y en el grupo 2 disfuncional 36.66%. Lo anterior no es más que el reflejo de represión de la sexualidad por parte de los médicos residentes, ya sea por falta de tiempo o por su estado civil.

Sarramona nos dice que deberían de hacer conciencia con respecto a sus deberes para formar individuos capaces de enfrentar su sexualidad de forma natural, ante esta crisis de valores en la que se encuentra el país.

La función de Status tuvo un porcentaje en el grupo 1 de moderadamente funcional en un 58.33% y en el grupo 2 funcional con un 70%. Los autores mencionan que cada miembro soporta inhibiciones y estímulos que repercutirán en Status de cada uno de sus componentes, por lo que es de esperarse que si la replicación del sistema social es con el fin de crear individuos sin aspiraciones futuras y se presente mayor grado de disfuncionalidad en el grupo 1.

Con respecto al mapa estructural de acuerdo a la organización de las familias como lo señala Minuchin (1982), presenta lo siguiente.

La Jerarquía tuvo un 100% en ambos grupos y es el poder de influir en los demás y por lo regular guarda una relación con el poder económico.

Los límites que es la claridad de las fronteras entre los subsistemas se encontró que en el grupo 1 son difusos en un 66.66 % y en el grupo 2 claros en un 63.33.%. Lo que apoya lo dicho por la Dra. Velasco, en donde menciona que la clasificación de fronteras permitirá el libre desarrollo de cada individuo de tal manera que se logra una individualización, al mismo tiempo que el sentimiento de pertenencia y al desenvolverse en un contexto exterior se le facilite en todos los aspectos.

Los roles familiares fueron en el grupo 1 estáticos 58.33% y en el Grupo 2 Dinámicos 66.66%: Lo cual deduce que las familias con promedio menor a 8 no tienen capacidad de adaptación y que depositan en un solo miembro sus ansiedades, para mantener su homeóstasis, sin embargo estas familias no pueden crecer y esto se refleja en el patrón conductual de cada individuo.

La comunicación se presentó en el grupo 1 clara y directa un 50% y en el grupo 2 80%, en el grupo 1 enmascarada en un 50% enmascarada y 20% en el grupo 2

Virginia Satir, nos dice que la comunicación es uno de los parámetros más importantes de funcionalidad familiar, sin embargo si esta obstaculizada no permitirá que la familia exprese sus inquietudes, y esto da como consecuencia un patrón infuncional que repercute en cada miembro de la familia.

Respecto al número de residentes en cuanto al tipo de beca, el Grupo 1 presentó 58% becado y 41.66% becario.

El grupo 2 93.33% becado y 6.66% becario, así como en el aspecto emotivo fue en ambos grupos positivo el Grupo 1 58.33% y el Grupo 2 93.33%

Sin embargo en el punto de la especialidad por preferencia el Grupo 1 obtuvo 75% en otra opción y el grupo 2 13.33%. Lo que nos demuestra que los residentes con calificación menor a 8 no están en medicina familiar por decisión propia si no por que no hay otra especialista a la pudieran entrar a realizar su post grado y esto se refleja en su desempeño académico.

CONCLUSIONES

En el presente estudio de investigación se obtuvieron las principales conclusiones.

- **El rango de edad fue de 27 a 39 años teniendo una media de 34 años en el grupo 1 y de 30 años en el grupo 2.**
- **El sexo predominante en ambos grupos fue el femenino**
- **El estado nutricional que predominó en ambos grupos fue sin desnutrición en el grupo 1 (41.66%) y en el grupo 2 (73.33%) y obesidad grupo 1 (33.33%) y grupo 2 (13.33%).**
- **Los problemas de refracción se presentaron mayor en el grupo 1 con un (58.33%)**
- **La agudeza auditiva fue normal en el (100%) en ambos grupos.**
- **El área de estudio preferente en ambos grupos fue la práctica.**
- **El tiempo dedicado al estudio predominó en el grupo 1 de 1-2- hrs con un (41.66%).**
- **En ambos grupos la tipología familiar fue nuclear**
- **La tipología estructural presentada en ambos fue la urbana.**
- **La dinámica familiar de acuerdo al número de integrantes en el grupo 1 fue (58.33)% integrada en el grupo 2 (80%) integrada.**
- **La función de socialización, cuidado y afecto, presentaron mayor porcentaje en el grupo 2 (66.6%), (63.33%) y (70.%) respectivamente.**

- **La función de reproducción se vio afectada en el grupo 2 con un (36.66%) disfuncional.**
- **De acuerdo al mapa estructural se encontró jerarquía adecuada en ambos grupos, límites, roles, reglas y comunicación mas alterada en el grupo 1.**
- **Respecto a la especialidad por preferencia fue mayor el porcentaje en el grupo 2.**

COMENTARIOS.

Sabemos que un grupo pasa por diferentes etapas, las cuales tienen la finalidad de cubrir metas, en este caso es terminar la especialidad en medicina familiar, este estudio pretendió saber los factores que influyeron en el rendimiento académico de los médicos residentes en la especialidad de Medicina Familiar en la UMF No. 20 del I.M.S.S., en donde me pude dar cuenta, que la edad es un factor muy importante para el rendimiento académico, así como el ser becario o becado, en este estudio los becados presentaron mejor promedio en sus calificaciones y los de menor edad, así como pude darme cuenta que la condición física no es un factor importante. Pero durante la aplicación de la encuesta pude percatarme de la indiferencia que van tomando los médicos residentes por la especialidad de acuerdo al grado en el que se encuentren, el entusiasmo, motivación y calificaciones, van en descenso mientras el grado de residencia es mayor.

Es por ello que nace otra pregunta la cual sería importante conocer su respuesta de el por que los médicos residentes pierden el entusiasmo por la especialidad. Pudiera ser por la falta de atención presentada por los médicos asesores en el área clínica que no nos toman muy en cuenta y ven por debajo de ellos la especialidad en medicina familiar. Yo puedo decir que la Medicina Familiar es el pilar de la Medicina, por que es preventiva , mas no curativa. Y estoy feliz y ORGULLOSA DE SER MEDICO FAMILIAR.

BIBLIOGRAFÍA

- 1. Azcoaga jet al. Alteraciones del aprendizaje escolar.**
- 2. Bennet n. Estilos de enseñanza y progreso de los alumnos ed. Morata Madrid 1979 pp 262**
- 3. Bernslein j. Diagnostico y tratamiento de las relaciones familiares ed. Buenos Aries. 1988 pp. 428.**
- 4. Chance p. Aprendizaje y conducta. El manual moderno 2da. Edición México 1995 Pág. 358.**
- 5. Chiadana. Los transtornod del aprendizaje; ed. Paidos Vol. II buenos aires 19906 Pág. 246.**
- 6. Fernández a et al. Aspectos diferenciales de la educación adicionales CEAC Barcelona 1997 pp. 236.**
- 7. Fierre p. Et als. Elxex proceso educativo según Paulo freire y Enrique pichon. Ed cinco; san Paulo brasil: 3ª edición 1989 Pag 120.**
- 8. Geraheart b. incapacidad para el aprendizaje. Ed. El manual moderno 4ta edición Mexico 1987 Pag 511.**
- 9. Gonzalo m. Psicología de la educación ed. Marata; 7ª. Edición editorial Madrid 1082 Pag 683.**
- 10. IMEGY Internet. Salario mínimo según areas geográficas,**
- 11. Internet. Problemas del aprendizaje: [Http://www.aacap](http://www.aacap). Pag 2.**
- 12. Internet. Proyecto educativo; [Http://www.geocities.com](http://www.geocities.com) Pag 7.**
- 13. Karnbif a. Somatica familiar. Colección psicológica mayor. Barcelona 1984 ed. GEPISO p. 105.**
- 14. Logan fundamentos de aprendizaje y motivación. Prensa mexicana México; 1981 pp. 277.**
- 15. Musita g. Familia educación. Ed. Labo universitaria. España 1988 p. 227.**
- 16. Patherson ch. Bases para una teoría de la enseñanza y psicología de la educación ed. Manual moderno 1982. P 362.**
- 17. Saucedo j. Psicología d la vida en la familia: una visión estructural. Revista médica del IMSS. 1991: 61-98.**
- 18. Suser w. & watson W. La sociología de la medicina. Cap. III teorías e índices de la clase social. México IMSS.1982. Pag 165-98.**

- 19. Velasco M mapas familiares: su utilización en el diagnóstico y formulación de la hipótesis terapéutica, la psicología SOCIAL EN México vol. 7: 234-242.**
- 20. Hesselman H. Las bases de la planificación. Ed. Fundamentos. 1994, pp. 33-43**
- 21. Pichon Riviere E. Técnica de los grupos operativos en el proceso grupal. Ed Nueva Vision 1983, pp. 107-120.**

HOJA DE REGISTRO DE INFORMACION

NOMBRE DEL RESIDENTE _____

EDAD _____ SEXO _____

GRADO DE RESIDENCIA _____

BIOLOGICO

TALLA _____ PESO _____

AGUDEZAA VISUAL O.D. _____ -- O.I. _____

¿USA LENTES? _____

AGUDEZA AUDITIVA

O.I. NORMAL _____ ANORMAL _____

O.D. NORMAL _____ ANORMAL _____

RINNE POSITIVO _____ NEGATIVO _____

WEBER SIMETRICO _____ LATERALIZADO _____

¿QUÉ TIEMPO DEDICAS AL ESTUDIO?

3HRS () 1-2HRS () MENOS DEE 1 HR ()

¿QUE AREA SE TE FACILITA MAS?

TEORICA () PRACTICA ()

PSICOLOGICO

1.- ¿TE SIENTES CON EL MISMO ENTUSIASMO DESDE QUE INICIASTE LA RESIDENCIA HASTA ESTE MOMENTO?

SI () NO ()

2.- ¿CUANDO TIENES EXAMEN, GUARDIA O ESTAS ENFERMO RECIBES POR TUS COMPAÑEROS DE GRUPO APOYO PARA CONTINUAR CON TU RESIDENCIA?

SI () NO ()

3.- TIENES UN AMBIENTE EN TU CASA QUE TE PERMITA CONTINUAR DESEMPEÑANDOTE COMO RESIDENTE?

SI () NO ()

4.- ERES BECADO () BECARIO ()

5.- LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR FUE TU PRIMER OPSION

SI () NO ()

6.- SI ES NO POR QUE Y CUAL ERA TU ESPECIALIDAD DE

__PREFERENCIA_____

SOCIAL.

TU VIVIENDA ES PROPIA () PRESTADA ()

CUANTAS PERSONAS DEPENDEN DE TI _____

**ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA**

FAMILIOGRAMA

CLASIFICACION DE LA TIPOLOGIA FAMILIAR

1.- ESTRUCTURAL

- A) NUCLEAR
- B) EXTENSA
- C) COMPUESTA

2.- GEOGRAFICA

- A) RURAL
- B) URBANA
- C) SUBURBANA

3.- DINAMICA

- A) INTEGRADA
- B) SEMI INTEGRADA
- C) DESINTEGRA

4.- FUNCIONALIDAD

- A) FUNCIONAL
 - B) MODERADAMENTE FUNCIONAL
 - C) DISFUNCIONAL
-