



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS  
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN REGIONAL MICHOACÁN  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

## **TESIS**

QUE PRESENTA

**ARMANDO ALEJANDRO CASAS VIDALES**  
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

---

PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TITULO

**EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA  
PARTICIPATIVA EN LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE  
INCAPACIDADES EN MATERNIDAD.**

**ASESOR: J. JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**  
COORDINADOR DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

**COASESOR: EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
MAESTRO EN PEDAGOGÍA

2016

**MORELIA MICHOACÁN MÉXICO MAYO DEL 2006.  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ**  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. JAVIER RUIZ GARCÍA**  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA UMF 80

**DR. VALENTÍN ROA SÁNCHEZ**  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 80

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**DR. VÍCTOR MANUEL FARIAS RODRÍGUEZ**

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

**DR. RAFAEL VILLA BARAJAS**

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

## **COLABORADORES:**

J. JESÚS EQUIHUA MARTÍNEZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
JEFE DE DEPARTAMENTO CLÍNICO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80.

MELCHOR SALGADO RIVAS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR DE LA U.M.F. N° 80. TURNO MATUTINO.

FERNANDO PEÑALOZA DUARTE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR DE LA U.M.F. N° 80 TURNO MATUTINO.

FRANCISCO ARIAS CHÁVEZ  
RESIDENTE DEL TERCER AÑO  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

BENJAMÍN VALDEZ PÉREZ  
RESIDENTE DEL TERCER AÑO  
DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

JORGE IVÁN RAMÍREZ HERNÁNDEZ  
PROFESOR DE INGLES

GUILLERMO BECERRA  
TÉCNICO PROGRAMADOR ANALISTA

Este trabajo se realizo en las aulas 1 y 2 y consultorios de la Unidad de Medicina Familiar N° 80 del Turno Matutino. Ubicada en la Av. Madero N° 1200, col. Centro en Morelia Michoacán, México.

Asesor:

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO  
COORDINADOR DE PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD

Coasesor:

DR. EDUARDO C. PASTRANA HUANACO  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD

## **DEDICATORIA:**

**A DIOS**, que en su infinita misericordia ha permitido superarme en mis estudios por lo que pienso ejercer mi especialidad para ser útil a mis semejantes.

**A mis padres**, Armando y Maria Eugenia que por su ejemplo profesional y humano me inculcaron valores para mi profesión y que en todo momento he recibido su amor y apoyo.

**A mis hermanas**, Luz Maria y Martha Elizabeth, que en todo momento me han apoyado en mis tareas profesionales desinteresadamente, así como para que en ellas siempre el interés de la superación profesional en todo tiempo.

**A mis tíos**, José Luís, Martha, Toño, Lupita, que me motivaron a seguir adelante sin esperar nada a cambio.

**A mis primos**, Martha Figueroa, Rut, Abiut y Antonio Ríos Casas †, que formaron parte de mi superación profesional.

**A mis amigos**, Francisco, Benjamín, Iván y Rosa E, por su amistad.

**A mis maestros**, Valentín y Javier por su interés en darme la oportunidad de superarme, dándome sus conocimientos y consejos.

# ÍNDICE

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
I Relación de Tablas y Figuras.....	02
II Resumen.....	03
III Summary.....	04
IV Introducción.....	05
V Antecedentes.....	08
VI Justificación.....	16
VII Planteamiento del problema.....	18
VIII Objetivos e Hipótesis.....	20
IX Material y Métodos.....	22
X Resultados.....	29
XI Discusión.....	33
XII Conclusiones.....	37
XIII Sugerencias.....	39
XIV Referencias.....	41
XV Relación de Anexos.....	45

Total de páginas: 61

## I RELACIÓN DE TABLAS

	Paginas
Cuadro 1, Evaluación de la aptitud, antes y después de la estrategia educativa participativa.....	30
Cuadro II, Aptitud clínica en expedición de incapacidades en maternidad.....	31
Cuadro III, Magnitud del cambio entre el grupo control y experimental.....	31
Cuadro IV, Aptitud clínica por indicadores, en los grupos control y experimental antes y después de la estrategia educativa participativa.....	32

## **II RESUMEN**

Desde hace ya tiempo una de las grandes preocupaciones del IMSS es atender y costear los grandes gastos que representa el pago de incapacidades por maternidad mal expedidas. la educación dentro de nuestro sistema educativo y de otros países se ha desarrollado dentro de un sistema “bancario” a lo que ahora llamamos educación tradicional. En el modelo participativo el alumno es un auténtico protagonista en el proceso del conocimiento, en donde su contacto del saber no proviene directamente de la exposición del maestro sino de una búsqueda activa y orientada. El propósito de este trabajo fue: Evaluar el impacto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo de aptitudes, en la expedición de incapacidades, dirigida a los médicos familiares de la UMF 80.

**Diseño del estudio:** Cuasiexperimental, población de estudio, médicos familiares de la UMF 80 los cuales fueron invitados a participar y se les aplicó una evaluación pre y post estrategia educativa para la prescripción adecuada de incapacidades por maternidad.

**Resultados.** El instrumento de evaluación consistió en 68 ítems, con una consistencia de Kuder Richardson 0.98, y las respuestas para efecto de azar de 14.

El resultado de las intervenciones educativas, en el grupo con la estrategia participativa presentó una diferencia significativa en relación al grupo control  $P < 0.05$ . Cuando se analizaron los cambios intragrupo se observó avance significativo en el grupo experimental  $P < 0.05$  mientras que el control permaneció sin cambios.

**Conclusiones.** Una estrategia educativa participativa incrementa el nivel de aptitud en la expedición adecuada de incapacidades en los médicos familiares.

**Palabras clave:** maternidad, incapacidad, embarazo, optimo, recuperación

### **III SUMMARY**

For already time one of the big concerns of the IMSS is an assist and to finance the big expenses that it represents the payment of inabilities for not well sent maternity. The Education inside our educational system and of other countries has been developed inside a system “bank” to that that now call traditional education. In the pattern participative the student is an authentic main character in the process of the knowledge where his contact of the knowledge doesn't come directly from the teacher's exhibition but of an active and guided search. The purpose of this work is: to Evaluate the impact of a strategy educational participative in the development of aptitudes, in the expedition of inabilities, directed the family doctors of the UMF 80.

**I design of the study:** Cuasiexperimental, study population, family doctors of the UMF 80 which were invited to participate and to those that are applied an evaluation pre and post educational strategy for the appropriate prescription of inabilities for maternity.

**Results.** The evaluation instrument consisted on 68 items, presenting a consistency of Kuder Richardson 0.98, and the answers for effect of chance of 14.

The result of the educational interventions, in the group with the strategy participative presents a significant difference in relation to the group control  $P < 0.05$ . When the changes intragrupo were analyzed one observes significant advance in the experimental group  $P < 0.05$  while the control remained without changes.

**CONCLUSIONS:** A strategy educational participative increases the aptitude level in the appropriate expedition of inabilities in family physicians.

## **IV INTRODUCCIÓN**

#### IV INTRODUCCIÓN

El ausentismo laboral es un factor generador de efectos negativos en las organizaciones de los sectores público o privado, lo cual se ve reflejado en diferentes aspectos de las mismas; como pueden ser elevados costos de operación, problemas de calidad, así como dificultad para alcanzar los objetivos propuestos.

Los factores generados de la problemática en cuestión son variados, por lo que se hace necesario hacer un análisis de los mismos y así determinar la incidencia de ausentismo que con mayor frecuencia se presenta y así estar en condiciones de proponer acciones concretas que contribuyan a controlar esta situación y de esta manera elevar la calidad de los servicios que se brindan en esta unidad hospitalaria.

Las incapacidades que no cumplen con los criterios normativos de la norma oficial constituyen un problema a nivel mundial, que repercuten directamente en la economía familiar, y esta a su vez en la economía de los sistemas de salud nacional por los costos adicionales que le generan.

Existen pocos estudios sobre prevalencia y factores relacionados que permitan proponer estrategias para disminuir este problema.

Nuestro país no escapa a esta crisis; en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), las incapacidades inadecuadas o mal otorgadas en enfermedad general representan un problema, al destinar parte de los recursos a la atención de daños a la salud y a la prestación económica correspondiente.

Se sabe que el desfinanciamiento de la seguridad social ha sido generado, entre otras causas, por el impacto del pago de las incapacidades.

Desde hace ya tiempo una de las grandes preocupaciones del IMSS es atender y costear los grandes gastos que representa el pago de incapacidades, porque representan enormes costos y desfalcos en los recursos; estos se podrían utilizar en la compra de medicamento e

infraestructura. con lo anterior de ninguna manera se esta atentando contra el derecho del trabajador para incapacitarse por alguna enfermedad real, se busca las causas por las cuales el trabajador falta constantemente y a veces en forma continua a su trabajo “enfermándose” y busca incapacitarse.

El ramo de enfermedades generales, enfrenta una seria problemática en su situación financiera por el alto costo de la atención médica al asegurado y el pago de las incapacidades, lo cual requiere de un reordenamiento. Una medida a considerar seria disminuir o abatir el otorgamiento inadecuado de la incapacidad.

El otorgamiento de incapacidades es responsabilidad del Instituto, quien tiene la facultad exclusiva de la expedición de certificados con base en la Ley del Seguro Social y en la estricta aplicación del Reglamento para la Expedición de Incapacidades a los Asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social, y del Programa de Atención Prioritaria al Trabajador.

Aun con la implantación en 1989 del Programa de Atención Médica (PAM) (8) que pretende abatir las incapacidades de más de 90 días, dicho problema persiste en el IMSS. Así para 1994 se informaron 18814 casos, en el país, muchos de los cuales quedaron sin resolver al término del año.

En la literatura, existen algunos informes acerca de la relación de la calidad de la atención médica con la incapacidad, y de las características del asegurado y tipo de padecimiento.

No encontramos antecedentes en la literatura sobre la relación que puede guardar la expedición apropiada de incapacidades maternas y la influencia que pueda ejercer sobre ella la educación participativa, es por eso que el propósito de esta trabajo fue identificar el impacto de una estrategia educativa participativa en el desarrollo de aptitudes en la expedición de incapacidades por maternidad, dado que si existen antecedentes en la literatura sobre la influencia de esta estrategia en la modificación de al aptitud medica.

## **V ANTECEDENTES**

## ANTECEDENTES

Aunque la incapacidad por maternidad es un derecho de los trabajadores mexicanos, cuando este se asocia con una incapacidad expedida sin el cuidado adecuado de la norma ejerce un incremento en el gasto del subsidio así como el ausentismo laboral correspondiente incrementando la disminución de la producción del sistema económico. El proponer acciones concretas que contribuyan a controlar esta situación puede contribuir a elevar la calidad de los servicios. (1)

Las incapacidades que no cumplen con los criterios normativos de las normas oficiales repercute directamente en la economía, existen pocos estudios sobre el caso que propongan estrategias para disminuir este problema. (2)

El pago de las incapacidades requiere de un reordenamiento (4). Cuya responsabilidad recae en el instituto dado que es el único facultado por la ley para esto (5,6).

En 1989 se instaura el programa de atención médica (PAM) que pretende abatir las incapacidades el cual no ha logrado el éxito esperado (7,8).

Existen algunos factores de los servicios de salud que se han asociado con las incapacidades prolongadas, en los que se involucra tanto al médico como al asegurado y se contempla la existencia de provecho propio, o rentabilidad económica, en el asegurado (ganancia secundaria); pero de manera específica, los factores relacionados al otorgamiento inadecuado no han sido estudiados. (9)

Muchas veces esta ganancia secundaria del asegurado se obtiene bajo presión implícita o explícita, conciente o inconsciente, hacia el médico, en la que juegan un papel importante los aspectos socioculturales y psicosociales. En la literatura española a esto último se le considera “fraude”, (9) nosotros no nos atrevemos a calificarlo así puesto que no lo estudiamos, pero es un campo que debería explorarse. (10)

El trabajador en forma masiva busca la protección del IMSS, para que lo proteja de sus males económicos, busca con ello fingir una enfermedad o incrementar su incapacidad, para permanecer incapacitado, el mayor tiempo posible o hasta agotar posibilidades de obtener una pensión, que lo proteja a el y a toda su familia. (11)

Los costos y días o años perdidos para la nación es objeto de análisis y de interés que deben ser estudiados no solo en una unidad, sino que debería y debe ser analizado en todas y cada una de las unidades administrativas del IMSS en el ámbito nacional y dar a conocer y difundir a toda la nación. (12)

En la década de 1978-1988, se incrementaron los riesgos de trabajo, y los estados de invalidez e incapacidad donde trascienden sus consecuencias y repercusiones en la integridad física y mental de los trabajadores, con impacto en su economía, productividad de las empresas y en las diversas erogaciones que el dinero y especie otorga el Instituto de acuerdo a la ley. El impacto es mayor en los casos de trabajadores que sin presentar riesgo de trabajo o padecimientos invalidantes reales somatizan o presentan rasgos ficticios.

En 1989 se crearon las clínicas de salud en el trabajo ahora divisiones de salud en el trabajo, integradas por un equipo multidisciplinario del cual forma parte el trabajador social, quien a través de la investigación social participa en la evaluación integral del trabajador, se estudia las principales causas numéricas que permiten precisar la relación causa efecto de los riesgos de trabajo y enfermedades no invalidantes. (13)

La ley del seguro social menciona en su sección tercera de las prestaciones en dinero:

Artículo 96. En caso de enfermedad no profesional, el asegurado tendrá derecho a un subsidio en dinero que se otorgará cuando la enfermedad lo incapacite para el trabajo. El subsidio se pagará a partir del cuarto día del inicio de la incapacidad, mientras dure ésta y hasta por el término de cincuenta y dos semanas.

Si al concluir dicho período el asegurado continuare incapacitado, previo dictamen del Instituto, se podrá prorrogar el pago del subsidio hasta por veintiséis semanas más.

Artículo 97. El asegurado sólo percibirá el subsidio que se establece en el artículo anterior, cuando tenga cubiertas por lo menos cuatro cotizaciones semanales inmediatamente anteriores a la enfermedad.

Los trabajadores eventuales percibirán el subsidio cuando tengan cubiertas seis cotizaciones semanales en los últimos cuatro meses anteriores a la enfermedad.

Artículo 98. El subsidio en dinero que se otorgue a los asegurados será igual al sesenta por ciento del último salario diario de cotización. El subsidio se pagará por períodos vencidos que no excederán de una semana, directamente al asegurado o a su representante debidamente acreditado.

En el capítulo IV del REGLAMENTO PARA LA EXPEDICIÓN DE CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD menciona en el rubro de DE LOS CERTIFICADOS DE INCAPACIDAD POR MATERNIDAD:

**Artículo 19.-** En los casos de maternidad, el lapso que acredite el certificado de incapacidad será de noventa días naturales; treinta días antes y sesenta días después de la fecha probable del parto, o cuarenta y cinco días antes y cuarenta y cinco días después de ésta. Estos certificados de incapacidad deberán ser expedidos única y exclusivamente por el médico especialista correspondiente.

**Artículo 20.-** Las incapacidades generadas por motivos de abortos, deberán considerarse en el rubro de enfermedades generales.

**Artículo 21.-** Para los casos en los cuales el producto fallezca, sin que se haya otorgado la incapacidad correspondiente, a criterio del médico tratante se podrá otorgar una incapacidad hasta por 45 días naturales.

## LA EDUCACIÓN

La educación en la medicina se ha fundamentado en los últimos años en dos grandes corrientes, el funcionalismo y el estructural funcionalismo nacen como una reacción al evolucionismo y al particularismo histórico, parten del hecho de que la cultura y la sociedad son una totalidad orgánica en la que sus elementos son inseparables y que se

hayan interconectados, tienen cada uno de ellos una función específica en el todo, estas dos corrientes nacen en Inglaterra, influenciados por el sociólogo francés Emile Durkheim, en lo que tratan de legitimizar el orden establecido, realizando sus estudios de campo en las colonias británicas, entre los principales participantes se encuentran, Bronislaw Malinowski, Evans Pritchard y Radcliffe Brown.(14)

Louis Althusser, es uno de los principales teóricos de la corriente de la reproducción que pone en tela de juicio el orden establecido del fenómeno social determinado por la educación, para esta corriente la educación se concibe como un mecanismo que contribuye a la reproducción de las relaciones sociales de producción.(14)

El Funcionalismo conceptúa al individuo como un ente trascendente al que humaniza a través de la acción educativa, manteniendo un orden y equilibrio el cual permite la socialización en el que cada grupo asegura su supervivencia y continuidad, la sociedad es percibida como si fuera un organismo biológico en que las partes forman un todo.

Su principal influencia en Emile Durkheim, que determina que los hechos sociales determinan los hechos culturales, los funcionalistas insisten en que la cultura es un hecho social. (14)

El funcionalismo estudia la sociedad sin tener en cuenta su historia (sincrónica), estudia la sociedad tal y como la encuentra, intentando comprender como cada elemento de la sociedad se articula con los demás, formando una estructura completa con una función dentro de esa sociedad.(14)

Su ideología establece que Toda cultura tiende a formar una totalidad equilibrada frente a su tendencia hacia el desequilibrio y el cambio: La educación es solo el vehículo para el máximo perfeccionamiento, que todo ser humano debe aspirar como individuo. La estructura social funciona por una orientación de resolver sus necesidades básicas, como en la estructura orgánica, analizar una función básica nos puede llevar al conocimiento de la función general. (15)

La educación es un fenómeno social real el cual no es dependiente de la arbitrariedad individual. Es visualizada como parte funcional del sistema, bajo tres dimensiones, acción, proceso e institución. La escuela permite una socialización sistematizada de jóvenes por adultos.

En donde el profesor es el protagonista de la transición de la cultura establecida, en donde el alumno es percibido como un ser asocial que requiere ser moldeado.

Del Funcionalismo parte una rama representada por Radcliffe Brown, y Evans Pritchard, llamada Estructural Funcionalismo. Esta corriente analiza a la sociedad basándose en la estructura y la función de los hechos sociales, con el concepto de estructura establece una analogía de los hechos sociales entre la estructura orgánica y estructura social, creando un puente entre la biología y la antropología. Determinan a la sociedad como una estructura estratificada en la que sus miembros se movilizan dentro de esa estructura. (16)

La historia social es tomada como los funcionalistas es decir son sincrónicos, observan una sociedad y deducen, como si tomaran una fotografía del momento y sobre ella determinan. Desde el punto de vista ideológico legitima al estado dentro de un sistema desarrollista meritocrático. El concepto de función va ligado a la estructura. La función de una institución, en la que esta inmersa la escuela como parte de esa estructura social es que la totalidad de la vida social funcione. La continuidad y mantenimiento de la función garantiza la continuidad de la estructura. (17)

La educación es el punto estratégico en el cambio del estatus social, pero solo por medio del mérito individual.

La escuela es el elemento del conjunto socio cultural y esta referida a las estructuras de socialización que responde a la función de estabilidad normativa y movilización.

El papel del profesor dentro de este modelo es motivar al alumno que mediante su desempeño escalar los peldaños académicos necesarios para su desarrollo, en donde el profesor es el modelo a imitar. (18)

La teoría de la reproducción en la uno de sus máximos exponentes es Lois Althusser, concibe al fenómeno educativo como definido por las restantes estructuras sociales y a su vez definitorio de ellas, coincide con las otras corrientes en que la función principal de la educación es la de socializar al ser humano pero dentro de un sistema de clases, la socialización es para la renovación del sistema vigente y de la clase dominante, para mantenerse y reproducirse como tales. La definición de los modelos culturales y sociales de la clase dominante se lleva a cabo por medio de la imposición hegemónica del saber burgués. (19)

Considera esta corriente indispensable el bagaje histórico de la sociedad para poder reproducir.

Dentro de su ideología determina que todo aparato de estado, ya sea represivo o ideológico funciona al mismo tiempo con violencia e ideología.

La educación se concibe como un mecanismo que contribuye a la reproducción de las relaciones sociales de producción. En donde la escuela es un aparato ideológico del estado a través del discurso ideológico de la clase dominante, la escuela es el aparato ideológico dominante, ya que aunque la familia y los medios de comunicación participan, ninguna tiene como la escuela la asistencia obligatoria, ni el número de horas diarias ni los años para fomentar una practica ideológica determinada. (20)

Los maestros dentro de ese sistema son los principales protagonistas de la práctica y acción de la difusión de la ideología del estado, sin sospechar que contribuyen con su trabajo a estructurar y nutrir la representación del mundo de la burguesía.

Desde los años 50 las ideologías funcionalistas y estructurales funcionalistas han legitimizado el orden establecido y han utilizado a la educación para los intereses propios de la clase dominante. La teoría de la reproducción pone de manifiesto los intereses de estado o de la clase dominante capitalista para reproducir el sistema para beneficio de estos, y es por medio del discurso oficial que las dos primeras que mantienen el orden establecido mediante una promesa de desarrollo y movilización social.

La teoría de la reproducción como parte de la confrontación de las ideas establecidas permite determinar la función real de la educación y la escuela, y comprender el entorno en el que sucede la educación. (21)

La Educación dentro de nuestro sistema educativo y el muchos otros países se ha desarrollado dentro de un sistema “bancario” es decir donde la pasividad del alumno es parte fundamental en su formación, es a lo que ahora llamamos educación tradicional.

En el modelo participativo el alumno es un auténtico protagonista en el proceso del conocimiento, en donde su contacto del saber no proviene directamente de la exposición del maestro sino de una búsqueda activa y orientada, tal búsqueda no puede ser en el abstracto, sino está suscitada de un problema concreto y específico del conocimiento al cual debe dársele algún tipo de solución, ahora bien, para que el alumno se convierta en un auténtico protagonista del proceso del conocimiento en el que está inmerso requiere de la integración de la teoría y la práctica a través de la discusión crítica, auspiciando así su participación real en el conocimiento. (22)

Existen estudios previos en el que se ha utilizado la estrategia educativa participativa con resultados que describen el incremento del nivel de desarrollo de la aptitud clínica. Aunque los resultados no han sido sorprendentes esto es debido a que el desarrollo de la aptitud clínica es un punto de partida y que no puede ser demostrado en un solo proceso. (23-26).

## **VI JUSTIFICACIÓN**

## JUSTIFICACIÓN

En la unidad médica familiar numero ochenta (UMF No. 80), se cuenta con un programa adecuado en donde se incorporan el 100% de los médicos familiares en cursos de capacitación y actualización para el llenado correcto del formato certificado de incapacidad por maternidad, pero ningún programa ha sido evaluado en relación al conocimiento que deja al participante.

La responsabilidad final del otorgamiento de la incapacidad por maternidad es del medico que es el profesional que mejor puede valorar la repercusión de la perdida de la salud y la capacidad productiva de un paciente, en donde debe aplicar criterios de confidencialidad, neutralidad y conocimiento clínico del mismo. Por eso el apoyo fundamental para él medico es la información adecuada que modifique los criterios del otorgamiento del certificado de incapacidad por maternidad. Mediante una estrategia educativa participativa, que propicie el desarrollo en la aptitud del médico familiar en este campo de la atención médica.

## **VII PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prescripción de incapacidades es un proceso que el médico que otorga la prestación requiere del conocimiento y la aplicación, por ello puede atribuirse a falta de conocimiento de los programas de prescripción adecuada de incapacidades: 1. M.D.A. (MEDICAL DISABILITY ADVISOR ó consejero de incapacidades), 2. Prescripción optima (congruencia clínica – diagnostica – terapéutica, 3. Programa 3 x 3, 4. Supervisión, 5. Sistema de control (correcto llenado).

El otorgamiento inadecuado de la incapacidad por maternidad en el IMSS es un problema que trasciende al asegurado, su familia y las empresas. Al IMSS le ha afectado financieramente de manera importante, lo que se ha incrementado en los últimos años.

Por lo que se plantea la pregunta:

**¿CUÁLES SON LOS ALCANCES DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACIÓN POR PARTE DE LOS MÉDICOS FAMILIARES PARA LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE INCAPACIDAD EN EL RAMO DE MATERNIDAD?**

## **VIII OBJETIVOS E HIPÓTESIS.**

## **OBJETIVO GENERAL.**

Evaluar el impacto de una estrategia educativa participativa dirigida a los médicos familiares de la UMF 80, para el desarrollo de aptitud en la prescripción de incapacidad por maternidad.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1.- Identificar el grado de aptitud de los médicos participantes en la prescripción adecuada de incapacidad en el ramo por maternidad.

2.- Valorar el grado de aptitud en indicadores clínicos para incapacidad por maternidad en los médicos familiares de la UMF 80.

3.- Construir y validar un instrumento que permita evaluar la aptitud médica en la prescripción de incapacidades por maternidad

## **HIPÓTESIS**

UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACIÓN EN LOS MÉDICOS FAMILIARES PERMITIRÁ UN MAYOR DESARROLLO EN LA APTITUD PARA LA PRESCRIPCIÓN ADECUADA DE LA EXPEDICIÓN DE INCAPACIDAD POR MATERNIDAD.

## **IX MATERIAL Y MÉTODOS**

## TIPO DE ESTUDIO.

Diseño del estudio: CUASIEXPERIMENTAL

Población de estudio:

Médicos familiares de la UMF 80.

Muestreo: se invitaron a participar a médicos familiares.

## UNIVERSO DE ESTUDIO

12 médicos familiares

## CRITERIOS DE SELECCIÓN:

### INCLUSIÓN:

- 1.-Médicos familiares adscritos a la UMF 80
- 2.- Médicos familiares que expiden incapacidad por maternidad

### .ELIMINACIÓN

- 1.- Médicos familiares no adscritos a la UMF 80
2. Médicos que no expiden incapacidad por maternidad

### EXCLUSIÓN:

- 1.- Médicos familiares que no terminaran la capacitación

## DESCRIPCIÓN DE VARIABLES:

Variable dependiente: Aptitud para la expedición de la incapacidad por maternidad.

Variable independiente: estrategia educativa

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	VALOR
Dependiente Aptitud clínica	Capacidad del médico en base a su experiencia profesional, reflexión y crítica para prescribir una incapacidad por maternidad.	Ordinal
Independiente Estrategia educativa participativa	Considera actividades orientadas a que el participante deje de ser un espectador para convertirse en protagonista de la construcción de su conocimiento, mediante el análisis y crítica de documentos, el debate y confrontación de diferentes opciones y puntos de vista.	Dicotómica
Independiente estrategia educativa tradicional	Consiste en un conjunto de actividades que se llevan a cabo con predominio del enfoque pasivo de la educación a través de técnicas grupales.	

## INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Para explorar la aptitud clínica de los Médicos Familiares se emplearon siete casos clínicos reales problematizados, tomados de los expedientes médicos de pacientes que fueron incapacitados por maternidad prenatal, (con enlace y otras sin enlace se selecciono los más representativos en cuanto a la practica diaria y se incluyo lo inconsistente y contradictorio, desde la perspectiva de ciertas hipótesis diagnósticas. Los cuales se realizaron de acuerdo al instructivo de llenado del certificado de incapacidad temporal para el trabajo por el personal medico, a la ley del Seguro Social, al reglamento de servicios médicos y la ley federal del trabajo. Se construyo el instrumento a base de enunciados que exploraron los siguientes indicadores:

## **INDICADORES DE EVALUACIÓN**

### **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO**

Reconocimiento de condiciones, hábitos y/o características presentes como antecedentes, más frecuentes en los individuos que sin formar parte de la enfermedad hacen más posible el incremento en la recuperación del paciente.

### **IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Reconocimiento de síntomas signos y datos paraclínicos como parte de una enfermedad.

### **INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA**

Reconocimiento de datos clínicos y paraclínicos que en conjunto integran con alta probabilidad una hipótesis diagnóstica sindromática o nosológica.

### **USO DE RECURSOS TERAPÉUTICOS**

Utilización apropiada de las medidas medicamentosas y no medicamentosas, que dada la situación del paciente, potencialmente detienen el curso clínico de la enfermedad y previenen sus complicaciones.

### **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PRONÓSTICOS.**

Reconocimiento de características del paciente que permiten anticipar el curso clínico probable de una enfermedad.

### **VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Se efectuó a través del criterio de expertos en cuanto al contenido y las respuestas correctas de las preguntas. Los expertos son tres médicos familiares, dos médicos de medicina del trabajo y un médico anestesiólogo con perfil docente, los cuales realizaron dos rondas hasta llegar a un acuerdo en cuanto a los casos y a una concordancia en cuanto a las respuesta correcta a cada enunciado en cuando menos cuatro de los cinco evaluadores. Se realizo una

validación estadística mediante la prueba 21 de Kuder Richardson, evaluando las pruebas esperadas por azar mediante la prueba de Pérez-Padilla Viniegra.

#### **CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

Las respuestas se clasificaron como correctas o incorrectas, de acuerdo con el consenso de los expertos. Las respuestas correctas se calificaron como +1 las incorrectas con -1  
Se realizó una prueba piloto para determinar la validez interna del instrumento.

#### **APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.**

Estuvo a cargo del investigador principal, realizándose antes y después de la estrategia educativa.

#### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.**

Este se aplicó al grupo experimental, así como al grupo control antes y después de la aplicación de la estrategia experimental. Se realizó en 3 sesiones de 2 horas cada una, cada tercer día.

#### **GRUPO PILOTO.**

Se aplicó el instrumento a un grupo piloto constituido por 10 estudiantes de tercer año de la facultad de medicina para determinar el número de respuestas de no se y establecer las puntuaciones obtenidas por efecto del azar y con base a ello construir una escala de cinco niveles : muy alto, alto, medio, bajo, y muy bajo.

#### **DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO:**

##### **Como implemento el curso**

Se realizó una conformación de dos grupos el grupo experimental con seis médicos y seis del grupo control, se les aplicó el cuestionario de 68 Ítem como pre-evaluación, al grupo experimental se le aplicó una estrategia educativa y al grupo control solo se le otorgó el material de apoyo, posteriormente se realiza la pos-evaluación en ambos grupos.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- 1.- Prueba de Wilcoxon: para la comparación intragrupo de resultados globales de medianas
- 2.- Prueba de U de Mann Witnhey: para comparar medianas globales, entre ambos grupos.
- 3.- Prueba de Mc Nemar: para comparar magnitud del cambio al final de la estrategia educativa
- 4.-Prueba de Kuder Richardson: para la consistencia del instrumento
5. Prueba de Pérez -Padilla, Viniegra, para conocer las respuestas esperadas por azar

Todos los datos se recolectan en una hoja de cálculo del programa Excel y se procesan para posteriormente incluirse en una base de datos del programa Access.

El análisis estadístico se realiza en el programa SPSS.

## **EQUIPO Y RECURSOS.**

### PROGRAMA EDUCATIVO

#### GRUPO EXPERIMENTAL

Consistió en 3 sesiones de 2 hrs. cada tercer día en donde el profesor otorgo un caso clínico para su resolución así como los componentes de apoyo informativo, Consejero de incapacidades, Instructivo de llenado del certificado de incapacidad temporal por maternidad por el personal medico, La ley del seguro social, El reglamento de servicios médicos y la Ley federal del trabajo. El día de la sesión los alumnos presentaron su argumentación a las respuestas referidas en el documento del caso clínico, determinando las respuestas correctas.

El facilitador intervino solo cuando no se presentó una argumentación o crítica adecuada a la respuesta referida. Para que los alumnos fueran candidatos a pertenecer a este grupo tenían que contar con un mínimo de 80 % de asistencias

.

#### GRUPO CONTROL.

Se les otorgó el material de apoyo informativo con respecto a normatividad artículos y leyes con referente a incapacidad por maternidad, para su estudio en forma individual.

El facilitador no tiene ninguna intervención.

## **X RESULTADOS**

## RESULTADOS:

El instrumento de evaluación consistió en 68 ítem de los cuales 37 fueron verdaderas y 31 falsas, presentando una consistencia de Kuder Richardson 0.98, y las respuestas para efecto de azar de 14, el cual fue realizado en un grupo piloto de alumnos del 3er grado de medicina.

El resultado de las intervenciones educativas, se presentan en el cuadro I, donde se observó que el grupo con la estrategia participativa presentó una diferencia significativa en relación al grupo control, Cuando se analizaron los cambios intragrupo se observó avance significativo en el grupo experimental, mientras que el control permaneció sin cambios, a la aplicar la prueba de U de Mann Whitney para comprobar la mediana global, no se encontraron cambios significativos en el grupo control pero si en el grupo experimental.

Cuadro I, Evaluación de la aptitud del medico familiar para la expedición de incapacidades por maternidad, antes y después de la estrategia

	GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL	P**
ANTES	18	28	NS
DESPUÉS	17	64	P <0.05
P*	NS	P<0.05	

\* PRUEBA DE PARES IGUALADOS DE WILCOXON

\*\*PRUEBA DE U DE Mann -Whitney

NS = NO SIGNIFICATIVA.

Al clasificar a la aptitud en la, evaluación de una estrategia educativa participativa en la prescripción adecuada de incapacidades en MATERNIDAD, antes de la estrategia educativa el grupo control clasifico a sus seis integrantes en la escala de baja, mientras que en el grupo experimental dos con muy baja y cuatro con baja, ninguna de los grupos con una calificación explicable por efecto del azar. Posterior a la estrategia educativa el grupo control presento cinco con baja y uno en la clasificación media, mientras que el grupo experimental presento una alta y cinco muy alta; cuadro II.

Cuadro II, Aptitud clínica en expedición de incapacidades por maternidad.

NIVEL	RANGO	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
		ANTES	DESPUÉS	ANTES	DESPUÉS
EFFECTO AL AZAR	= < A 14				
MUY BAJA	14 A 24			2	
BAJA	25 A 35	6	5	4	
MEDIO	36 A 46		1		
ALTO	47 A 57				1
MUY ALTO	58 A 68				5

Al evaluar la magnitud del cambio hubo una diferencia significativa en el grupo experimental (cuadro III).

Cuadro III, Magnitud del cambio entre el grupo control y el experimental.

	SUBIERON	BAJARON	SIN CAMBIO	P*
CONTROL	1		5	P<0.05
EXPERIMENTAL	6	0	0	P<0.05

\*Prueba de Mc Nemar

La distribución de indicadores y la puntuación de la actitud clínica por indicadores, antes y después de la estrategia educativa; grupo control sin cambios significativos y experimental con aumento significativo en cuatro de los cinco indicadores, se presentan en el Cuadro IV.

Cuadro IV, Aptitud clínica por indicadores, en los grupos control y experimental antes y después de la estrategia educativa

	Ítems 68	Grupo control		P	Grupo experimental		P
		MEDIANAS			MEDIANAS		
		Antes	Después		Antes	Después	
Uso de recursos terapéuticos	10	5	5	NS	7	10	< 0.05
Integración diagnóstica	26	17	18	NS	18	26	< 0.05
Factores pronósticos	7	5	4	NS	5	6	NS
Identificación de signos y síntomas	16	6	12	< 0.05	12	16	< 0.05
Identificación de factores de riesgo	9	3	4	NS	3	9	< 0.05

PRUEBA DE Kruskal Wallis.

NS = NO SIGNIFICATIVO

## **XI DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

El diseñar un instrumento para evaluar la aptitud en la prescripción adecuada de incapacidades en RAMO MATERNIDAD, u otras aptitudes de la práctica clínica, debe reunir, ciertas características que permitan explorar la capacidad del médico para reconocer situaciones clínicas variadas. El instrumento diseñado para este estudio fue elaborado con casos de practica diaria del medico familiar, así como el resultado de su consistencia que le confiere fortaleza para tener una aproximación al aprendizaje adquirido.

Nuestro estudio comprobó que la educación como práctica participativa influye en el desarrollo de actitudes clínicas, aunque otros estudios similares han llegado a la misma conclusión (21), consideramos que el nuestro presenta una diferencia en cuanto a que el profesor no presentaba un conocimiento sistematizado de los procesos educativos.

La educación participativa se encuentra sustentada en diversos principios como los sociológicos, en los que la educación participativa requiere un clima social democrático y de respeto por los valores culturales de los diferentes grupos sociales que la integran, en nuestro caso el clima o el ambiente debe de estar propicio para la reflexión y el debate en un ambiente de equidad, otros estudios han demostrado que el ambiente es parte fundamental de la estrategia participativa lo que infiere que el ambiente en que se desarrolla la propuesta debe corresponder a un ambiente democrático.(25) Principios antropológicos como, que la antropología pedagógica ocurre en el campo del trato de las personas, el adulto es concebido como un ser de interacción continua, un ser histórico y social. Principios Psicopedagógicos, la formación de adultos es entre adultos y para adultos, (14).

Durante mucho tiempo, la formación profesional de la medicina, ha promovido, el aprendizaje individual, entre los participantes, pero ahora las nuevas concepciones de la educación, así como factores económicos y tecnológicos obligan a un replanteamiento, que cambie esta forma tradicional de enseñanza por una manera distinta y alternativa que centre el aprendizaje en el grupo. (16) y otorgarle al profesor un papel preponderante en su quehacer como facilitador (27).

El aprendizaje que está centrado en el grupo, es éste el que enseña y aprende a la vez, entre los miembros de la comunidad de aprendizaje, o de grupos para la solución de problemas como es el caso de la educación participativa, permite el desarrollo de vínculos de solidaridad, estrategias de aprendizaje conjunto, de obligaciones comunes y refuerzo.

Es una manera de aprendizaje sinérgico, es decir se desarrolla a través de todos los miembros del grupo, éstos se convierten en maestros de sus compañeros y a su vez en alumnos, es una interacción para aprender y enseñar, que lleva como fin el de aprender, comprender y actuar entre todos los miembros. (17)

En el ámbito de la modalidad tradicional, sabemos que el medio es el maestro es el folleto o texto, la educación participativa es una alternativa para crear procedimientos y estrategias de aprendizaje que favorezcan el conocimiento, tal es el caso de los casos clínicos problematizados, el desarrollo de las habilidades y virtudes de los participantes, donde cada miembro es responsable de su aprendizaje como del aprendizaje de los otros miembros. (18).

La utilización de los casos clínicos problematizados en nuestro estudio es similar a otros trabajos presentados con índices de confiabilidad altos, la utilización de este sistema consideramos que es mejor que los utilizados como exámenes de selección múltiple o de complementación, (28,29)

La educación participativa como fue demostrado en este trabajo propicia el entendimiento, la reflexión y la discusión y crítica de los textos, entre los participantes del grupo y encontrar conjuntamente oportunidades de obtener informaciones, que los lleven a la solución de problemas.

La educación participativa, crea una interdependencia positiva entre los miembros, cada uno de ellos es responsable de su propio aprendizaje, así como el de sus compañeros.

El grupo promueve el aprendizaje de actividades significativas que estimulen la adquisición de nuevos conocimientos. (19)

Este proceso aumenta la autoestima y la integración grupal.

Disminuye los sentimientos de crítica, aislamiento, impotencia y algunos tipos de manipulación que pueda ejercer algún miembro del grupo sobre otros.

Aumenta la integración social, la solidaridad, respeto mutuo, reconocimiento de diferencias, intercambio de informaciones. (20)

## **XII CONCLUSIÓN**

## CONCLUSIÓN

Los programas educativos con una metodología participativa deriva en un incremento en el desarrollo de aptitudes clínicas como quedo demostrada en este trabajo al encontrar diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos, este cambio esta considerado por que el alumno cambia su rol de receptor de información a uno de protagonista de su propio camino de aprendizaje, de su propia capacidad de imaginar. de construir y resolver problemas, un modelo de clase donde los alumnos descubran su propia verdad, en base de la reflexión y la critica, verdades, que aunque conocidas para el maestro serán nuevas para ellos, un modelo de clase donde la imaginación no tenga limites y donde habrá que buscar la forma de comunicarla a los demás, discutirla, compartirla y disfrutarla, un modelo de clase creativa y participativa, donde el objeto de conocimiento se construya activamente en la mente de los alumnos y conformar al mismo tiempo el ambiente educativo, eficaz para la reflexión sobre el papel que debe de desarrollar el medico familiar, frente al constante bombardeo de información.

El incremento de niveles aunque no fueron resultados avasalladores demuestran que la aptitud es un proceso que se da en un periodo de tiempo largo en donde se requiere que los alumnos propicien y aprendan la discusión, el debate y la critica de su experiencia en la generación del conocimiento.

En este modelo de educativo el lugar del docente ya no es aquel que mostraba los últimos avances del conocimiento científico, si no que su función es ahora la de acompañar y facilitar al alumno en su camino de aprendizaje, con instrumentos que permitan la reflexión y el debate, un camino que deberá ser transmitido al mismo tiempo que construido por cada individuo.

### **XIII SUGERENCIAS**

## SUGERENCIAS

Realización de jornadas de capacitación participativa a médicos familiares en el ramo de maternidad en forma programada.

Que se realice una capacitación participativa que sea el modelo a seguir en todos los ramos para expedición de incapacidad.

Conformar un padrón docente con personal capacitado en la docencia para vincularlo con la práctica médica.

Desarrollar un proyecto de investigación que evalúe los impactos del proceso educativo

## **XIV REFERENCIAS**

## BIBLIOGRAFIA

1. Cheadle A, Franklin G, Savarino J, Lui PY, Dalley C, Weaver M. Factors Influencing the Duration of work-related disability: a population-based study of Washington State workers' compensation. *Am J Public Health*. 1994; 84:190.
2. Maldonado IG, Sandoval PA, Rosales EJ, Mantilla MA, Hernández GJ. Incapacidades prolongadas inadecuadas ¿un problema del asegurado, del medico o de los servicios de salud? *Rev.Med IMSS (Méx.)*1996;34(5):379-384.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of work disability United States, 1990 *JAMA* 1993; 270:1921.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnostico 1995. Presentación. México: Coordinación de comunicación Social del IMSS, 1994:25.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. México: Coordinación de comunicación Social del IMSS, 1993.
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamento para la Expedición de Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo de los Asegurados del Régimen Obligatorio del Seguro Social. México, 1993.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Control de Casos PAM. Delegación estatal Tlaxcala, Coordinación Delegacional de Salud en el Trabajo, 1994.
8. Instituto Mexicano del Seguro Social. Instructivo de Integración y Operación del Comité para la Evaluación Medica de casos con Incapacidad Temporal para el Trabajo. México: Jefatura de Hospitales Generales de Zona, Jefatura de Servicios de Medicina del Trabajo, Jefatura de Organización y Métodos, 1983.
9. Instituto Mexicano del Seguro Social. Casos con Tiempos Prolongados de Incapacidad. Subdirección General Medica, Jefatura de Servicios de Salud en el trabajo, 1994.
10. Van – Dijk FJ, Prins R. Occupational health care and work incapacity. Recent development in the Netherlands. *Occup Med Oxf* 1995;45:159.
11. Buitrago-Ramirez F. Medical responsibility in temporary work incapacity. *Aten Primaria* 1994; 13:1.
12. Martínez NF, Características Sociolaborales de los Trabajadores Valorados en la DIST. V Reunión Nacional de Investigación en Salud en el Trabajo, Centro Médico Nacional Siglo XXI 18-19 Enero de 2001.

13. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa Institucional de Atención Médica Prioritaria a los Trabajadores. México: Subdirección General Medica, 1989.
14. Ausubel D, Novak J, Hanesian H. Psicología educativa un punto de vista cognoscitivo. 14° Reim Ed Trillas México DF 2001;447-522.
15. Department of Clinical Epidemiology and Biostatics, Mc Master University Health Science Center. How t oread clinical journals. Can Med Ass J 1981;124: 555-1164
16. Viniegra VL, Espinosa AP. Lectura crítica en grupos escogidos de estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994; 46: 307-15
17. Robles PA, Viniegra VL, Espinosa AP. Capacidad de lectura crítica de investigación clínica en grupos de residentes médicos. Rev Invest Clin 1997; 49:117-122
18. García MJ, Viniegra VL. Habilidades de lectura crítica en médicos familiares. Rev Invest Clin 1996; 48: 376
19. Cobos AH, Espinosa AP, Viniegra VL. Comparación de dos estrategias educativas en el desarrollo de la lectura crítica de informes de investigación en grupos de médicos residentes. Rev Invest Clin 1996; 48:431-436
20. Pérez CP. Insfrán SM, Cobos AH. Habilidad en lectura crítica de informes de investigación posterior a una estrategia activa-participativa en internos de pregrado. Rev Med IMSS 2003; 41 (5):393-398
21. Garza PP. Viniegra VL. Intervención educativa en el desarrollo de una postura ante la educación. Rev Med IMSS 2000;38(3): 235-241
22. Viniegra-Velásquez L. El camino de la crítica y la educación. Rev Invest Clin 1996; 48: 139-58.
23. Viniegra VL, Espinosa AP. Lectura critica en grupos escogidos de estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994;46:407-415.
24. Robles PA, Viniegra VL, Espinosa AP. Capacidad de lectura critica de investigación clinica en grupos de residentes medicos. Rev Invest Clin 1997;49:117-122.
25. Espinosa AP, Viniegra VL, Efecto de una estrategia educativa sobre la lectura critica de estudiantes de medicina. Rev Invest Clin 1994;46:447-456.
26. Leyva GF, Viniegra VL. Lectura critica en medicos residentes de las especialidades troncales. Rev Invest Clin 1999;51:31-38.
27. Vázquez M, Insuflan S, Cobos H. Papel de la experiencia docente en estrategias educativas promotoras de la participación. Rev Med IMSS 2003;41(1):23-29.

28. Viniegra L, Lisker R. Los exámenes de selección múltiple en la evaluación del aprendizaje ocurrido durante un adiestramiento clínico intenso. *Rev Invest Clin* 1979;31:407.
29. Viniegra L, García H, Briceño A, Carrillo R, Gómez L, Herrera M. Utilidad comparativa de dos tipos de exámenes empleados con fines selectivos. *Rev Invest Clin* 1985;37:253-256.

**XV**

**RELACIÓN DE ANEXOS**