

11226
24-95



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Veracruz Sur
Hospital General de Zona de Orizaba, Ver.

**PROPOSICION DE UN MECANISMO DE SELECCION
ESPECIFICO PARA INGRESAR A LA RESIDENCIA
EN MEDICINA FAMILIAR.**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. SERGIO GERARDO MARIN FLORES**



Orizaba, Ver.

1987

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE GENERAL

1.- INTRODUCCION	1
2.- MARCO TEORICO GENERAL.....	4
JOSEPHO Y EVOLUCION DE LA MEDICINA	
FAMILIA	4
LA MEDICINA FAMILIAR EN EL IMSS.....	13
ORIENTACION Y METODOLOGIA.....	17
LOS SUBTEMAS.....	21
3.- PROBLEMA	23
4.- HIPOTESIS.....	23
5.- OBJETIVOS.....	24
6.- MATERIAL Y METODOS.....	24
7.- RESULTADOS.....	29
8.- ANALISIS Y CONCLUSIONES.....	33
9.- ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	38
10.- BIBLIOGRAFIA.....	43

INTRODUCCION

"Yo hubiera querido ser cirujano, - pero dejé de ejercer la Medicina varios años, y pensé que mi nivel de conocimientos no era bueno, por lo que entré a Medicina Familiar"

Un día.

Con la evolución que ha presentado la ciencia en todas sus ramas durante el presente siglo, ha sido posible el desarrollo de nuevos conocimientos cada vez más profundos, acerca de aspectos cada vez más reducidos de nuestra realidad objetiva. La Medicina no ha podido ser la excepción. Cada vez, los conocimientos respecto a un aparato, sistema u órgano se ven en constante incremento, lo que trae como consecuencia que sea prácticamente imposible que un sólo profesional de la salud sea capaz de dominar toda la patología de todos los componentes de la economía, y --- abarque toda la gama de medios diagnósticos, terapéuticos y habilidades quirúrgicas requeridas para el control de la enfermedad en general. Como resultado de este proceso histórico se ha dado la especialización, y la superespecialización, estratificándose la atención en tres niveles: Primario, Secundario y Terciario.

El especialista, al conocer mucho de una porción del organismo, tuvo la posibilidad de acceder a los medios diagnósticos más sofisticados, siendo capaz de resolver problemas extraños y aislados, pero que un médico general no era capaz de resolver, tra-

yéndole fama y reconocimiento, ocupando gradualmente un status más elevado que el médico general ante los ojos de la sociedad, quedando "dispensados" de no conocer aspectos en ocasiones elementales de otras disciplinas medicas, escudándose en el dominio y maestría en una rama de la Medicina. Ocuparon los hospitales con sus pacientes, desplazando al médico general quien quedó circunscrito a un consultorio. Acudieron a las universidades, y maravillaron a los estudiantes con sus pláticas y conferencias, sembrando en las mentes receptoras de sus oyentes el deseo de ocupar la posición económica y social del especialista, y refugiarse en el estudio de un sólo aparato o sistema. Al término de la carrera, el novel médico hacía cuanto podía por ingresar al selecto grupo de especialistas en la rama que él hubiera escogido, guiándose por parámetros muchas veces tan distantes de la vocación como el dinero, el status, la fama o la búsqueda de un estereotipo.

La Medicina General-Familiar surge como respuesta a la necesidad del individuo de ser manejado no sólo como ente biológico, sino como un ser integrado a una sociedad y a una familia con las que interactúa, afectando también su esfera psicológica. ¿Por qué consultar a un gastroenterólogo, un otorrinolaringólogo y un oftalmólogo por una diarrea, una amigdalitis y una conjuntivitis respectivamente pagando tarifas cada vez más elevadas, cuando pueden ser resueltas por un sólo profesional como el médico familiar? La respuesta parece evidente, pero no ha sucedido así.

Desde 1971, se han preparado en nuestro Instituto profesio--

nales de la Medicina Familiar que en principio constituirían la base fundamental del sistema de salud por sectores y que en teoría deberían resolver el 85% de los problemas de salud en el primer nivel de atención. Pero ¿cuál ha sido el comportamiento del sistema médico familiar? Es conocido que no se han resuelto en el primer nivel ni el 60% de los padecimientos, que el médico familiar se ha convertido en un remitente de pacientes al siguiente nivel, en un expedidor de incapacidades, y que no ha luchado por mejorar su status ni modificar el estereotipo en que se le ha encajillado.

En el presente trabajo, pretendemos demostrar que la vocación al primer nivel de atención del residente en periodo de adiestramiento en medicina familiar es muy pobre, y en consecuencia factor importante para que su desempeño en esta disciplina sea sólo el mínimo indispensable para conservar el empleo. Se pretende proponer, como mecanismo de selección una prueba escrita que permita filtrar a los aspirantes con una actitud positiva a la especialidad, con avidez de cambio e innovación y deseos de ejercer en forma total esta importante rama de la Medicina.

El mecanismo aquí propuesto no pretende estar listo para su aplicación masiva, sino ofrecer un modelo, un punto de partida para que los profesionales en la elaboración de este tipo de cuestionarios, tomen en cuenta los aspectos fundamentales de nuestra disciplina y les permita diseñar un cuestionario estructurado multidisciplinariamente y menos empírico o parcial del que así se ofrece con la mejor intención de que sea útil.

CONCEPTO Y EVOLUCION DE LA MEDICINA FAMILIAR.

"La Medicina Familiar como rama de la literatura es buena".

Un médico Internista.

Medicina Familiar es la rama de la medicina que se responsabiliza de la atención médica integral primaria y continua del individuo y su familia; es la vía de entrada al sistema de atención para la salud y debe coordinar todos los recursos de la comunidad, independientemente de edad, sexo o padecimiento y de las personas que atiende ofreciendo continuidad en la atención al individuo y su familia abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad. Tiene como núcleo de acción a la familia, por lo que demanda conocimientos, habilidades y destrezas que capacitan al individuo en la entrevista, el consejo y la terapia familiar, encaminando sus acciones al mantenimiento y promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad, al diagnóstico y tratamiento de los padecimientos agudos y crónicos más frecuentes y a la rehabilitación de los mismos. El profesional de esta disciplina actúa como coordinador de los recursos que para la atención de la salud del individuo existen en la comunidad, y debe poseer el juicio clínico necesario para solicitar interconsulta o referir al paciente para investigaciones adicionales, instalación de tratamientos o evaluación del resultado de los mismos. El médico familiar es el administrador del modelo bio-psico-social.

Familiar mantiene el control sobre el paciente, y el especialista sólo ve a los pacientes que le hayan sido referidos por el médico general. En 1948 se creó el Sistema Nacional de Salud que ocasiona se excluya al médico general de los hospitales lo que aparentemente ocasionó un incremento en el número de médicos Familiares que en 1900 eran de 9000, en 1948 eran 19000 y en 1976 alcanzaban la cifra de 26000. En 1952 se establece el Colegio Real de Médicos Generales, que le vino a dar energía y dinámica académica a la profesión, de lo que hasta entonces adolecía, y a partir de entonces el médico general ha tenido oportunidad de competir en igualdad de circunstancias con sus colegas, en cuanto al desarrollo de vida docente, vida de investigación y vida académica en general. Hoy en día en Gran Bretaña el médico General /Familiar cuenta con un status social de primer orden, y es verdadero coordinador de los recursos para la salud que existen en la comunidad. Mientras hace 25 años la Medicina General en este país reclutaba a los que no habían podido convertirse en especialistas, en la actualidad se cuenta con generaciones dispuestas a aceptar el reto y esta disciplina atrae a los mejores estudiantes egresados de las universidades. Cifras del año de 1973 señalan que existían un 54% de Médicos en Inglaterra y Gales dedicados a la Medicina Familiar.

En nuestro continente contamos con el antecedente de Canadá que a principios de siglo y hasta poco antes de 1910, la gran mayoría de Médicos se dedicaban a la práctica de la Medicina General. En Canadá existían un buen número de escuelas de Medicina que tenían pocas restricciones para funcionar y en las que se —

preparaban Médicos que al egresar se canalizaban al ejercicio de la Medicina General. Por esa época, Abraham Flexner promueve una revolución en el campo de la educación médica y se imponen restricciones para el sistema de educación, empezando a perder popularidad la Medicina General entre los egresados de la escuela de Medicina, alcanzando su punto culminante en la década de los cuarentas y cincuentas, estando amenazado de extinguirse este tipo de profesional. A raíz de un cuestionamiento profundo de lo que sucedía, en el año de 1954 se crea el Colegio de Médicos Generales, que se convirtió después en el Colegio de Médicos Familiares del Canadá. La particularidad de Canadá es que tiene una estructura académica que permite enseñar la Medicina Familiar desde el Pre Grado, por lo que cada vez hay más egresados deseosos de iniciar su vida profesional y terminarla en el ejercicio de la Medicina Familiar.

La situación de los Estados Unidos de Norte América no es muy distinta a la de los países mencionados. Hasta el año de 1940, eran Médicos Generales el 75% de los Médicos que ejercían la profesión, pero en 1970, 30 años después, solamente 20% de los Médicos practicaban la Medicina General y el 80% restante eran especialistas y subespecialistas; Durante el año de 1947 se establece la Academia Americana de Medicina General, que es uno de los primeros cuerpos colegiados académicos que reúnen a los Médicos Generales. La publicación de algunos reportes de Comisiones nacionales, como el reporte de la comisión Willis y el reporte de la comisión Willard entre otros llamaron la atención del público y de la profesión hacia la necesidad de regresar a la

a una práctica más integral de la Medicina. A mediados de la década de los sesentas se reconoce a la Medicina Familiar como una especialidad en este país, y desde entonces ha presentado un crecimiento lento pero progresivo, debido a la demanda pública y — por presión política. En 1976 solo el 4.6 de las plazas de residencia son de Medicina Familiar, pero con un incremento constante y un interés cada vez mayor de formar más profesionales en esta disciplina.

En nuestro país, México, a partir de 1954 se empieza a utilizar el término Médico de Familia desde el punto de vista institucional a raíz de la creación de un programa experimental en la ciudad de Nuevo Laredo, en la Zona Regional de Monterrey, IMSS — lo que coloca a nuestra institución como pionero de la Medicina Familiar en nuestro país. En ese programa experimental, un grupo de Médicos comienzan a trabajar teniendo bajo su cuidado a un grupo de familias. Se mantuvo a este programa como piloto hasta el año de 1960 en que se generaliza y se instituye mediante el nombre de Sistema Médico Familiar y se divide en Médicos que atendían a mayores de 16 años y se les denominó Médicos Familiares de adultos y otros que atendían a menores de 16 años y que se les denominó Médicos Familiares de Menores. En el año de 1968 — se establece la Asociación Mexicana de Médicos Generales y Familiares. El sistema permanece sin cambios hasta que en el año de 1971 ocurre un suceso importante en nuestra Especialidad, y que corresponde a la iniciación por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social en el 25% de la Residencia en Medicina Familiar, adelantándose en casi 10 años a las demás instituciones de salud

del país. Dada la buena experiencia que representa este primer año, al siguiente se abren otras 7 sedes de la especialidad, y para 1974 se cuenta con el reconocimiento Universitario a la residencia en Medicina Familiar lo que aparentemente tendería a evitar el Status de segunda clase como disciplina no académica. El 94% de los egresados de la residencia de Medicina Familiar son incorporados al sistema de la institución como Médicos Familiares-residiendo creadas en el año de 1979 por el Instituto unidades denominadas de Medicina Familiar, y siguiendo los pasos del ISSS, en ese mismo año el ISSSTE crea la primera unidad con el nombre de Medicina Familiar, y al año siguiente se crean en esta última -- Institución así como en la SSA las respectivas residencias en Medicina Familiar. Para el año de 1981 el Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 52 sedes de residencia para Medicina Familiar.

De todo lo anteriormente expuesto se desprende que la Medicina Familiar es y está Universalmente aceptada como una especialidad terminal, y es conveniente en este lugar hacer algunas consideraciones al respecto.

El concepto que hasta el momento se mantiene vigente en la mente de la mayoría de los profesionales y del público en general es el de la especialización como el estudio de un área limitada del organismo, y el manejo de su patología, por lo que la pregunta obligada entonces será, una vez conocido el concepto de la Medicina Familiar, ¿ como puede ser una especialidad una disciplina que pretende ser integradora? ¿ cómo entender la incongruencia que resulta de intentar que cuépe algo tan amplio como lo es

la Medicina Familiar en algo tan estrecho como lo es el concepto común de "especialidad" ? ¿ No niega su esencia la Medicina Familiar al pretender ser una especialidad?. Las bases para que la Medicina Familiar pueda ser considerada como especialidad por derecho propio, las encontremos en los factores que los Doctores - Mc Winney y Richardson establecen para clasificar una disciplina como Académica: 1) Poseer un campo de acción definido de conocimientos; La Medicina Familiar los Tiene: se apoya en conocimientos que contemplan a la Medicina Interna, La Pediatría, la Ginecología, la Obstetricia, la Cirugía, la Psicología Médica y la Medicina Social, de los que se apoya, toma sus bases y los desarrolla en forma horizontal, dándoles una profundidad determinada que le permite captar aquellos conocimientos que le son útiles para el mejor manejo del individuo y su familia.

2).- Es necesario que cuente con técnicas especiales, y como ya se mencionó, la Medicina Familiar demanda conocimientos, habilidades y destrezas que capaciten al individuo en la entrevista, el consejo y la Terapia Familiar, encaminándose a la conservación de la salud y prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de padecimientos y su rehabilitación.

3).- Debe apoyarse en una filosofía que sustente sus actividades. La tiene y está detallada en el principio de este capítulo dentro del concepto de la especialidad.

4).- Se requiere que exista la posibilidad de llevar a cabo investigaciones. En la Medicina Familiar esto último es totalmente factible y en la literatura y en cada sede de la residencia de nuestro instituto se encuentran ejemplos en ---

artículos publicados en la revista del Instituto y en cada una de las tesis de los egresados de las distintas sedes de la residencia,

5).- En el caso de las ramas de la medicina, se demanda que exista la cobertura a una morbilidad previamente especificada. En el área de la Medicina Familiar existe una atención a los padecimientos más frecuentes y a aquellos no complicados.

6).- Finalmente se establece que debe existir un adiestramiento que sea riguroso para la práctica de la disciplina desde el punto de vista intelectual. La existencia de Residencias desde hace 15 años y el desarrollo de programas de postgrado cubre este requisito.

Para que en una organización pueda existir especialidad debe definirse el sitio de trabajo donde se va a practicar, la Medicina Familiar lo tiene, la comunidad; Debe definirse el tiempo en el cual debe realizarse el trabajo. La Medicina Familiar tiene bien definido el tiempo en el cual el médico va a ejercer esta especialidad; En tercer lugar las personas con las cuales va a llevar a cabo su trabajo, y dentro de la Medicina Familiar hay un equipo de trabajo bien establecido que utiliza a otros profesionales como enfermeras y trabajadores sociales dentro de su equipo; La cuarta base es determinar sobre quien se va a realizar este trabajo y en la Medicina Familiar se va a actuar sobre el individuo dentro de su contexto o grupo familiar; Por último, el método o procedimiento que va a utilizar para el desarrollo de este trabajo, el Médico Familiar establecerá un método de conti-

nidad, de larga duración , inte esando al individuo y su familia
para mantener su salud y bienestar.

LA MEDICINA FAMILIAR EN EL
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

" ¿ Usted es aspirante a Medicina Familiar?, o ver, dígame ¿cuáles son las palabras codrújulas?"

Un miembro del personal administrativo o un aspirante a la Residencia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social el ejercicio de la Medicina Familiar está a cargo de Médicos cuya función principal es la de brindar atención a los pacientes dentro de un alto nivel técnico y humano, factores que son determinantes en la Medicina institucional. Quien haya pisado una Unidad de Medicina Familiar en papel de paciente, al leer esto podría pensar que muchos Médicos que ejercen como Médicos Familiares nunca han leído lo escrito en primer término. Las pláticas de las experiencias de los derechohabientes muchas veces trasuden agresividad y amargura en contra de un Médico que no explora, que no interroga adecuadamente y que prescribe medicamentos que el paciente toma sin presentar mejoría. Expresan su enojo de que el Médico tarde mucho en llamarles para consulta, o por que se les llame la atención por solicitar la consulta muy tarde. El otro lado de la moneda lo constituye el Médico que se encuentra en ocasiones con una lista de pacientes que deberá ver en 3 horas y que en ocasiones roba los 18 pacientes. Debe dedicar en promedio 10 minutos

para interrogar, auscultar, elaborar una nota médica, una receta, en ocasiones una solicitud de estudios de laboratorio, una incapacidad o una nota de envío al siguiente nivel. Resulta evidente - que no es posible una buena atención dentro de un alto nivel técnico ni humano. La situación de nuestro país ocasiona que no sea posible la apertura de nuevas unidades de Medicina Familiar en las plazas en donde la capacidad de consulta ha sido ya insuficiente. Tal vez el número de padecimientos comunes infecciosos y parasitarios se ha visto incrementado por la deprivación del pueblo y de esta manera los servicios sean solicitados con mayor frecuencia, o tal vez requiera reducirse el número de derechohabientes por Médico Familiar. La respuesta está en manos de quienes puedan efectuar estudios específicos sobre el tema, y es evidente que en nuestra Institución se tomarán las medidas necesarias en el momento más oportuno para corregir estas situaciones - que al momento actual no son generalizadas en todas las unidades de Medicina Familiar, y que puedan ejercitarse las bases doctrinarias en que se sustenta el sistema.

En el Instituto, el ejercicio de la Medicina, tanto individual como colectiva o institucional se concibe como un conjunto de acciones coordinadas dentro de un sistema cuyo eje lo constituye la Medicina Familiar, complementada por la función que realizan los especialistas con estudios específicos y los medios para la hospitalización de los pacientes que lo requieran. Esta - coordinación entre los distintos niveles de atención constituye un verdadero enlace entre el Médico Familiar, con profundos conocimientos de la Medicina General Moderna y amplia información-

de las especialidades, y el especialista, como resultante que dispone de mayores recursos y preparación para problemas específicos. El Médico Familiar no debe ser un derivador constante de pacientes, sino el consciente analizador que aprovecha, de manera apropiada, los recursos de la Institución.

Las relaciones afectivas con los núcleos familiares a su cuidado, el apoyo de Médicos especialistas en otras ramas, trabajadoras y asistentes Médicas, laboratoristas, técnicos de gabinete, enfermeras, personal técnico administrativo y del archivo clínico, así como las diversas unidades Hospitalarias con las que debe coordinarse le deben permitir ejercer una Medicina Familiar de alto Rango. La Subdirección General Médica hace constante hincapié en la importancia de la actuación del Médico Familiar dentro de la Medicina Institucional. La Medicina Familiar es el instrumento con que cuenta el Instituto que tiene como finalidad disminuir el nivel de los factores de riesgo y la trascendencia de los daños a la población derechohabiente. Para ello, el Médico debe estar advertido de su papel en la causalidad de las enfermedades, algunos factores como el tipo de vida en sociedad o ambientales y la influencia que tienen algunas particularidades humanas.

El Médico Familiar en el Instituto es de hecho y por derecho el líder del equipo multidisciplinario para atender los daños a la salud, y a su alrededor se mueven la asistente médica, la enfermera, la auxiliar de enfermería en salud pública, la farmacia el archivo clínico y en general todo el Sistema Médico Familiar

El perfil profesional del Médico Familiar dentro del IMSS - así como el de cualquier especialista en cualquier disciplina, - se estructura generalmente respondiendo a las preguntas ¿qué debe saber?, ¿ qué debe saber hacer? y ¿ qué actitudes debe tener? Su definición en términos de nuestro Instituto es la siguiente:

"Es aquel profesional que cuenta con un cuerpo de conocimientos que le permiten realizar con eficiencia funciones técnico -- médicas, funciones técnico-administrativas y funciones de enseñanza e investigación específicas, y que a través de su práctica diaria en el primer nivel de atención médica, contribuye al logro de los objetivos institucionales."

ORIENTACION VOCACIONAL

"A mién realidad nunca me ha gustado la Medicina Familiar"

Un especialista en -
Medicina Familiar.

La elección de una profesión es una de las decisiones más importantes que un individuo debe realizar en su vida. Se acepta en general que la orientación vocacional es conveniente y debe ofrecerse cada vez en mayor grado. El objetivo de esa elección es facilitar las elecciones prudentes de una persona hacia una profesión, promoviendo la adaptación y la salud mental del individuo, para facilitar el perfeccionamiento ulterior de la persona.

La familia conserva dentro de sus funciones esenciales la de orientar a los jóvenes, pero lo comparte cada vez más con la escuela y con todas las ramas y formas de la enseñanza. Las distintas ramas profesionales, siempre preocupadas por los individuos dedicados a ellas, no dejan de recurrir a todo tipo de medios para asegurarse su futuro, determinar las vocaciones, formar en todo caso un profesional con todas las calificaciones para sustituir al que, cada día las abandona. ¿No debe acaso una especialidad que pensosamente se abre camino andando entre otras que ya tienen el suyo bien trazado, seleccionar a los individuos que se comprometan a dar lo mejor de sí mismos para hacerle un lugar en nuestro país? Indiscutiblemente, la Medicina Familiar debe seleccionar a quienes pretendan vivir con ella y de ella, y debe hacerlo considerando que nadie hace nada por lo que no con-

sidera como propio, y en otro sentido, tampoco hará nada por lo que no le ofrece satisfacción, o por lo que él siente que no es lo que le va a proporcionar la satisfacción que él espera. Tampoco podemos pretender que alguien a quien no le gusta una actividad sea quien de su 100 % en el desempeño de la misma. Podría pensarse que la Medicina Familiar al ser una disciplina académica y clínica que bien vista es fascinante, por sí misma, y por el contacto con ella, el Residente mal orientado se sentirá profundamente motivado, y se convierta en un convencido y entusiasta promotor de su importancia dentro del plano de la salud nacional, y actúe como factor de cambio en Hospitales, Unidades de Medicina Familiar, Aulas y en la Comunidad misma. Seguramente pueden darse casos aislados. Pero ¿cuanto puede tomarle a un médico Residente cambiar sus conceptos de estar en una especialidad de tercera a contemplarla como la más fundamental de todas, y después comprometerse a fondo con ella? ¿seis meses? ¿valdrá lo mismo una actividad continuada durante 2 años en la que se refuerce y apoye una vocación que ya trae el residente desde antes de ingresar, - que perder 25% del tiempo de la residencia tratando de convencer a los residentes de que lo que están a punto de aprender es muy importante?. Evidentemente que no. Para resolverlo en forma total, deberían implementarse desde el pregrado cursos de Medicina Familiar, abrir las puertas de las Universidades a los Médicos Familiares, para estimular el interés del educando en esta rama de la Medicina. Mientras eso ocurre, nuestra especialidad debe seleccionar meticulosamente a sus Residentes, ya que el que concibe la existencia de esta especialidad en cuento a sus contenidos

académicos, clínicos, y filosóficos, sus problemas actuales, el estereotipo en que se le ha encasillado, y todo lo que hay por hacer, y aun así pretende cursarla con toda conciencia, es porque se va a comprometer con ella. Pero para saber de entre los aspirantes quien va persiguiendo solamente un empleo, una base en el Instituto o lo que supone va a ser una especialidad fácil, se requiere un mecanismo de selección específico para nuestra especialidad que permita que los que ingresan lo hagan convencidos que se encuentran al mismo nivel que las demás especialidades, ubicándose en su nivel de atención.

El rechazo de los aspirantes que no sean seleccionados será paradójicamente en su propio beneficio, pues todo trabajo mal escogido, inadaptado al individuo, entraña para éste efectos nocivos. Todo trabajo experimentado como algo ajeno por quien lo realiza es, en el sentido propio del término, un trabajo "enajenado". Todas las labores apreciadas en el curso de encuestas y observaciones como despersonalizadas, aquellas en las que el sujeto no participa o no desea hacerlo, que no le permiten manifestar (o a las que no desea entregar) ninguna de esas aptitudes y capacidades profundas que constituyen su potencial profesional, las que tiende a evadir una vez terminada la jornada como una servidumbre a las que no dedica ningún interés profesional, para cuya realización adopta actividades rutinarias y no las integra como un proceso de aprendizaje, son en sí mismas tareas anajenadas y resultarán en profunda frustración.

El problema es pues, determinar las aptitudes de los individuos con la suficiente anticipación para que reciban la formación adecuada para ejercitar plenamente sus capacidades y elevar

se en la jerarquía social y profesional hasta donde les sea posi
ble.

QUESTIONARIOS

¿ Es usted Residente en Medicina Familiar?. Y cuando termine ¿Va a hacer alguna especialidad?
Una Enfermera.

El cuestionario y, en su caso la entrevista, son técnicas de investigación; Propiamente hablando no son un método, por lo tanto, el cuestionario, que es un sistema de preguntas que tiene como finalidad obtener datos para una investigación, no puede ser estudiado como algo aislado. El cuestionario presupone el diseño de la investigación; y la construcción del cuestionario requiere un procedimiento estricto.

Se debe sobre todo determinar el objetivo general o ideal de la investigación: ¿cué información o qué comprobación pretendo obtener con esta investigación. Inmediatamente después se deberá determinar cuál es el objetivo específico o real: Conociendo el objetivo general, dados los recursos económicos, humanos y de tiempo de que dispongo, que puedo esperar realmente de esta investigación.

Las técnicas son herramientas para resolver un problema metodológico concreto de comprobación o disprobación de una hipótesis. Aisladas y por sí solas no representan conocimientos útiles

El diseño del cuestionario estudia los tipos, el orden, los grupos de preguntas, la formulación de las mismas y la organización material del cuestionario.

Generalmente cada institución tiene sus formas propias de -

cuestionario, pero cada investigador puede diseñar el cuestionario que corresponda a su investigación.

Respecto al contenido, el diseñador del cuestionario deberá estar seguro de que la pregunta en cuestión es necesaria para la investigación; si requiere o no el apoyo de otras preguntas; si los entrevistados tienen la información necesaria para responder la pregunta. Es urgente también que se examine si las preguntas al formularse sugieran la respuesta al entrevistado. De ser así deberá replantearse.

El estudio de las preguntas con referencia a su secuencia estará encaminado a evitar la "contaminación", que es la influencia que el orden de las preguntas puede ejercer en la respuesta. Es útil introducirse con preguntas triviales que el informante pueda responder con facilidad sintiéndose seguro de la entrevista y que den ocasión al entrevistador de mostrar comprensión y estima hacia el entrevistado, al mismo tiempo que le ayuden a entender la finalidad del cuestionario y a despertar el interés del informado. Existen también preguntas llamadas colchón, que sirven para que el entrevistador tranquilice al informante y evitar que el entrevistado encasille sus respuestas.

Se suelen distinguir también tres tipos de preguntas: Las preguntas de hecho, en las que se interroga acerca de lo que ocurre en esos momentos (¿tiene Ud. televisión?, ¿trabaja Ud.?) ; Preguntas de acción, en las que se interroga acerca de lo hecho por el interrogado (¿votó Ud.?, ¿cuando se casó?, etc); y preguntas de opinión o de actitud (¿cree Ud. conveniente tal o cual cosa?)

PROBLEMA

¿ El ingreso de aspirantes con desorientación vocacional a la residencia en Medicina Familiar, es consecuencia de la falta de un mecanismo de selección específico para ingresar a la especialidad?

HIPOTESIS

"Al aplicar un test que valore las actitudes vocacionales y las aptitudes de los aspirantes a la residencia en Medicina Familiar, podrá efectuarse una mejor selección de los mismos".

OBJETIVOS

1.- Mostrar objetivamente que en la residencia de Medicina Familiar existe un mayor índice de desorientación vocacional que en otras especialidades médicas.

2.- Proponer un procedimiento de selección específico para ingresar a la residencia en Medicina Familiar, que complemente el tradicional aplicado por el comité nacional de selección de aspirantes a las residencias médicas en las instituciones del sector salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se solicitó la participación en el proyecto a los integrantes del primer año de las residencias en Medicina Familiar y Pediatría Médica que se imparten en el Hospital General Regional de Orizaba, siendo incluidos en el estudio 11 residentes de Medicina Familiar y 9 de Pediatría Médica, a los que después de haberles explicado las características mínimas del estudio y su participación voluntaria en el mismo y absolutamente confidencial, se procedió a aplicar un cuestionario elaborado por el investigador con el que se pretendió identificar la orientación vocacional de los residentes participantes en el estudio. Las preguntas incluidas en el cuestionario fueron las siguientes:

1.- Usted ingresó a la residencia mediante examen nacional o selección sindical?

Esta pregunta, aunque aparentemente no tenga un objetivo claro dentro del estudio, nor permitirá establecer una correlación entre la forma de ingreso y la orientación vocacional del residente, ya que no todos los que ingresan lo hacen mediante el examen nacional, y estableciendo esta correlación podremos señalar la conveniencia de analizar la actitud vocacional del aspirante por el mecanismo de selección sindical.

2.- Especialidad que cursa.

Es necesario para cumplir el primer objetivo de este trabajo demostrar que existe mayor desorientación entre Medicina Familiar que entre Pediatría Médica.

3.- Por que ingresa a esta especialidad?

Una primera aproximación para tratar de que el entrevistado manifieste espontáneamente los verdaderos motivos que lo hicieron ingresar a su especialidad.

4.- Por que eligió usted esta Institución?

Con esta pregunta se pretende distraer la atención del objetivo real del estudio. No se tabule en los resultados.

5.- Considera usted más difícil ingresar a una especialidad troncal que a medicina Familiar?

¿Busca el residente un medio rápido y fácil de entrar al sistema de salud?

6.- Por que?

Se proporciona la posibilidad de especificar.

7.- ¿Que especialidad le gustaría a usted cursar al terminar la presente?

Una de las preguntas claves del estudio. El residente en la mayoría de los casos, ignora cual es la condición de su especialidad como disciplina terminal. A pesar de haber sido advertido en el instructivo al inscribirse al exámen de la terminalidad de las especialidades en nuestro país, se esperaba que persistiera la esperanza de cursar la especialidad que en verdad le atrayera al residente de recién ingreso.

8.- ¿Cual considera usted la especialidad más importante de su punto de vista médico?

Se trata de explorar la importancia que el residente da a su propia disciplina en comparación con las demás.

9.- ¿Que opinan sus familiares y amigos de la especialidad que actualmente cursa?

Sabiendo que la imagen que la generalidad de los médicos tienen de la medicina Familiar, y el estereotipo que el público en general guarda de dicha especialidad, sus opiniones influirán en forma variable en el ánimo del residente.

10.- ¿Está usted de acuerdo con esa opinión? ¿Por que?

Se pretende conocer el efecto que dicha opinión produce en el residente.

11.- Si tuviera oportunidad en estos momentos de cambiar de especialidad en esta institución aun sin perder su plaza ¿lo haría y a cual?

Con esta pregunta se abre la posibilidad de que el residente manifieste sin tomar en consideración que exista amenaza hacia su plaza o hacia sus ingresos cual sería su opción, en caso de permitirle un cambio de residencia.

12.- ¿ Son de utilidad para su preparación como residente -- las siguientes materias?: Antropología, Sociología, Psicología, Estadística, Metodología Científica, Administración. ¿Por que?

Se tratara de conocer la importancia que dá el residente en Medicina Familiar en formación los aspectos psico-sociales de -- la medicina, propios de dicha residencia.

13.- Si su especialidad tuviera que desaparecer, ¿cuales serian sus sentimientos al respecto?, aun sabiendo que seria ubicado en otra especialidad.

Consideremos que una persona orientada y con convicción de la importancia de su disciplina, deberá considerar imposible la desaparición de la misma.

14.- ¿Considera Justo que el sector Salud no permita cursar más de una especialidad?

Con esta pregunta deberá reflejarse el sentir general de los dos grupos estudiados ante esta limitación.

15.- ¿Por que?

Se pretende conocer los motivos que impulsan a cada residente a considerar justo o no la limitación que existe actualmente para cursar dos o más especialidades.

Se eligió el sistema de preguntas abiertas por: tratar de -- evitar sugerir respuestas que el residente hubiera podido considerar como institucionalmente aceptables. De esta manera, sus -- respuestas serían más espontáneas.

Una vez aplicada la encuesta, en la que participaron los -- dos grupos por separado, se procedió a tabular los resultados --

considerándose como residentes desorientados a aquellos que en la pregunta No. 7 hubieran respondido con cualquier otra especialidad ajena a la que cursaban, (No se consideraron para este efecto los que contemplaron una sub especialidad) y/o al que respondiera con un sí a la pregunta no. 11, y/o quien hubiera respondido en la pregunta No. 8 con cualquier otra especialidad distinta a la que se cursa. Posteriormente se tabularon las respuestas restantes que sirvieron para obtener distintas conclusiones y proponer alternativas de solución, dejando para el final la elaboración del mecanismo de selección que se propone en este trabajo, una vez que se hubo demostrado y cubierto el objetivo No. 1 del presente trabajo.

RESULTADOS

"Yo entré a esta especialidad por que pensé que era la más parecida a Medicina Interna"

Un RIF.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario a los residentes en Medicina Familiar fueron los siguientes:

Los 11 residentes fueron seleccionados para ingresar a la residencia mediante el examen de selección nacional. La motivación para cursar esta especialidad fué muy variada: Un residente lo considera amplia y de futuro, 2 consideran que es importante para proporcionar mejor preparación al primer nivel; una residente lo considera idónea para una mujer, uno lo considera importante por su amplitud, uno por considerar importante el estudio de los aspectos psicosomáticos en la familia, y uno por considerar que egta y anestesiología eran las únicas cerca de su domicilio, uno lo considera amplia y con futuro, uno quiere saber mucho de poco, - uno desea refinar conocimientos, y uno solamente por que lo gusta.

De los 11, cuatro consideraron más difícil ingresar a ramas troncales que a medicina familiar, tres por considerar que hay más demanda para las troncales y uno por considerar que requiere más grado de preparación una troncal. De los 7 que no consideraron más difícil ingresar a una especialidad troncal que a Medicina Familiar, cuatro consideran que es el mismo examen, y por lo tanto

to existen las mismas oportunidades ya sea para especialidades troncales o para especialidad en Medicina Familiar y uno considera que depende de la vocación personal. Dos no dan motivo para su respuesta.

Existen 7 residentes que esperan cursar otra especialidad al terminar la presente y solo 4 no desean cursar otra. Seis consideran como la especialidad más importante a la Medicina Familiar, uno a la Medicina Interna y cuatro consideran a todas con igual grado de importancia. La reacción de los familiares a la Medicina Familiar, es de aceptación en dos casos, con poca información de la misma en 3, la consideran importante en 2, crítica en contra en 1, y contento en 3.

Hay 10 residentes que en estos momentos no cambiarían de especialidad y uno que estaría dispuesto a hacerlo a Cirugía General. Nueve residentes consideran importantes las materias sociológicas y psicología, uno no respondió, y uno no las considera importantes.

Cinco residentes reaccionarían con tristeza a la desaparición de su residencia, 5 creen que no sería justificable y a uno no le importa su desaparición.

De los 11 residentes de Medicina Familiar 5 consideran justo que solo se permita una especialidad por médico, y seis no lo consideran justo. De los que se muestran a favor, 3 consideran que permitiría más oportunidades a los médicos egresados, uno cree que sería mejor la preparación en una sola especialidad, y uno opina que deben definirse las metas desde el principio. De los que están en desacuerdo, cuatro opinan que no se debe limitar a-

las personas, uno opina que es preferible un cambio a dedicarse a algo que no satisface, y uno literalmente dice que "es de sabios cambiar de opinión".

De los cuestionarios aplicados a los Residentes de Pediatría Médica, encontramos que de 9 residentes, 7 fueron seleccionados por el exámen nacional y dos por selección sindical. La motivación para cursar su especialidad, fué por gusto en tres casos, buscando la realización personal, en dos casos, por superación personal en un caso, por considerarla una especialidad exacta o completa en 2 casos y por encontrar en ella abundante material de investigación en un caso. Consideran más difícil ingresar a una especialidad troncal que a Medicina Familiar 6 residentes -- considerando en 4 casos que es por existir más demanda, uno por haber menos plazas disponibles y uno considera que el tipo de exámen es diferente. De los que no consideran más difícil el ingreso a una especialidad troncal, los 3 coinciden en señalar que es el mismo tipo de exámen.

De los 9 residentes, 3 no desean cursar otra especialidad al término de la presente, 5 desean cursar alguna subespecialidad pediátrica y un residente desea cursar Ginecoobstetricia. Tres residentes consideran como la especialidad más importante a todas, dos a Medicina Familiar, uno a Medicina Interna y dos a Pediatría. La reacción de sus familias respecto a la especialidad que cursan es en siete casos de aceptación y en dos casos la consideran una buena especialidad con buenas perspectivas económicas.

Seis residentes de los 9 no desearían cambiar en estos mo-

mentos de especialidad, uno cambiaría a Ginecoobstetricia, uno a Medicina Interna y uno cambiaría sin especificar a cual. Consideran 6 a las materias sociológicas y psicología de utilidad para su residencia y tres consideran que no corresponden a la competencia de la Medicina. En la pregunta referente a la desaparición de su especialidad, 4 la consideran imposible de desaparecer, 3 mostrarían desilusión, uno buscaría la adaptación y uno no mostraría ninguna reacción.

Seis residentes consideran justo que no se permita cursar actualmente más de una especialidad actualmente en nuestro país, opinando todos ellos que así se da oportunidad a más aspirantes. Tres residentes opinan que no es justa la medida, en dos casos - por considerar que se limita el deseo de superación personal y en un caso por considerar que se limita el conocimiento.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Existe entre los residentes de Medicina Familiar una distinta motivación para cursar la especialidad, casi por cada uno de los encuestados, que van desde el enfoque psicosomático en la familia hasta actitudes sexistas tales como considerarla una especialidad idónea para la mujer, pasando por elegirla por el afán de permanecer en una región determinada, mientras que en el caso de Pediatría Médica existe mayor uniformidad desde el punto de vista de realización personal y gusto por la disciplina.

Entre los residentes en Medicina Familiar existen opiniones que reflejan que para ingresar a la especialidad, se requiere menos preparación que para ingresar a especialidades troncales.

El 12.5% de los residentes de Pediatría médica esperan cursar una especialidad diferente al terminar la presente, mientras que 7 de los residentes en Medicina Familiar (63.6%) esperan cursar otra especialidad.

Un mayor porcentaje de los residentes en Medicina Familiar considera como la más importante dentro de las especialidades a la Medicina Familiar (54.5%), y una especialidad distinta en forma específica en el 9.9% de los casos, mientras que entre los de pediatría Médica, el 22.2% señalaron su propia especialidad como la más importante, y el 33.3% señalaron específicamente alguna otra especialidad. La actitud familiar hacia ambas especialidades es de aceptación, en la mayoría de los casos (100% pediatría y 63.6% Medicina Familiar), aunque en Medicina Familiar se manifestó en el 27.2% de los casos una carencia de información de la especialidad y en el 9% de los casos abierta crítica hacia la e--

lección.

Hubo diferencias significativas entre los residentes de ambas especialidades al manifestar si cambiarían en estos momentos de especialidad, encontrándose que en el 33.3% de los residentes en Pediatría, deseaban o estaban dispuestos a cambiar mientras que en Medicina Familiar solamente fueron el 9%.

La mayoría de los residentes en ambas especialidades consideran importantes para su preparación las materias sociológicas y psicología constituyendo el 66.6% en Pediatría Médica y 81% -- de los de Medicina Familiar. El 45.4% de los residentes de Medicina Familiar encuestados creen que no sería justificable la desaparición de la especialidad, el 45.4% reaccionarían con tristeza y el 9% considera que no le importa su desaparición, mientras que en el caso de Pediatría Médica el 44.4% la consideran imposible de desaparecer, el 33.3% mostraría desilusión y el 11.1% no mostró reacción alguna.

El 54.5% de los residentes de Medicina Familiar consideran injusto el que no se pueda cursar más de una especialidad, y el 45.5% si lo consideran justo, mientras que en Pediatría Médica -- el 66.6% de los residentes consideran justa la medida, y solo el 27.2% lo considera injusto.

Lo anterior nos permite concluir:

1.- Del análisis de los resultados del cuestionario aplicado podemos encontrar que de los 11 residentes de Medicina Familiar, el 63.6% se encuentran desorientados, contra un 33.3% de los residentes en Pediatría Médica, lo que nos permite afirmar que en nuestro universo de trabajo se ha demostrado lo pretendi

do en el primer objetivo de este trabajo, y que si existe un mayor índice de desorientación entre los residentes de Medicina Familiar que es más del 50%.

2.- La Medicina Familiar es una especialidad desconocida para un buen porcentaje de las personas, como se desprende de las actitudes familiares de los residentes.

3.- Que las motivaciones para ingresar a esta especialidad no obedecen al conocimiento de la misma sino a motivaciones que en ocasiones no tienen que ver con aspectos académicos (sexo, lugar de residencia).

4.- Que entre los residentes de Medicina Familiar existen elementos a quienes no interesa el futuro de la residencia.

5.- Que en la residencia de Medicina Familiar se encuentra un mayor porcentaje de residentes que consideran injusto que en la actualidad no se permita cursar más de una residencia, siendo completamente a la inversa en Pediatría Médica, pudiendo deducir tomando en consideración los resultados previos que si se permitiera cursar más de una especialidad, sería más probable que los residentes inconformes o desorientados pudieran cursar la residencia de su preferencia.

Tabla estadística No. 1.

Porcentaje de residentes que esperan cursar otra especialidad al término de la presente:

Especialidad	No.	%
Pediatría Médica	1	12.5
Medicina Familiar	7	63.6

Fuente: Encuesta aplicada.

Tabla estadística No. 2.

Porcentaje de residentes que están dispuestos a cambiar de residencia en estos momentos:

ESPECIALIDAD	No.	%
Pediatría Médica	3	33
Medicina Familiar	1	9

Fuente: Encuesta aplicada.

Tabla estadística No. 3

Porcentaje de residentes que consideran como la más importante a su propia especialidad:

ESPECIALIDAD	No.	%
Pediatría Médica.	2	22.5
Medicina Familiar	6	54.5

Fuente: Encuesta aplicada.

Tabla estadística No. 4

Porcentaje de residentes que cubren los requisitos para ser considerados como "desorientados"

ESPECIALIDAD	No.	%
Pediatría Médica	3	33.3
Medicina Familiar	7	63.6

Fuente: Encuesta aplicada.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

Las alternativas de solución al problema de la cantidad de residentes en Medicina Familiar que es del 63.6% en este trabajo han podido ser vislumbradas a lo largo del mismo y considerando lo logrado en otros países:

1.- Principalmente, deberá darse mayor difusión a esta especialidad mediante su inclusión en los programas de enseñanza de las distintas facultades de medicina del país.

2.- Difundir ampliamente y por los medios posibles el carácter de terminal de la Medicina Familiar.

3.- Especificar las expectativas de capacitación que tienen en nuestro Instituto en la actualidad el egresado de la residencia en Medicina Familiar.

4.- Identificar dentro de las unidades de Medicina Familiar al Médico Familiar de post grado, diferenciándolo del que no lo es, para que el derechohabiente pueda exigir una adecuada atención dentro de las características de nivel técnico y sentido humano.

5.- Motivar al Médico Familiar que no es de post grado a que contemple la atención médica con las mismas expectativas y metas que se inculcan al egresado de una residencia.

6.- Estimular y motivar a todo el personal médico de las unidades de Medicina Familiar a una constante y profunda actualización, mediante el cumplimiento de un determinado número de horas obligatorias anuales en cursos.

7.- La aplicación de un mecanismo de selección además del---

tradicional empleado en el exámen nacional de residencias médicas y en el de selección sindical, que sea aplicable a los aspirantes a ingresar a la residencia en Medicina Familiar en nuestra Institución, del que se ofrece en este trabajo un modelo, con el que se cumplirá el segundo objetivo general del mismo:

Dados en los resultados del presente trabajo y en el análisis de los mismos, diseñemos el siguiente modelo, que no pretendo ser de ninguna manera definitivo, ya que para una prueba escrita que pueda tener aplicabilidad a nivel masivo, requiere de un estudio profundo y exhaustivo, que requeriría una extensión mayor en cuanto a espacio y una participación multidisciplinaria.

El modelo propuesto será en la forma de afirmaciones a las que el aplicante deberá responder falso o verdadero.

Preguntas:

- 1.- La Medicina Familiar tiene un campo de acción definido
F-V
- 2.- La Antropología es solo importante para las ciencias sociales
F-V.
- 3.- La atención a los padecimientos más frecuentes y a aquellos no complicados, corresponde a la cobertura de la Medicina Familiar.
F-V.
- 4.- Si el Médico Familiar se ubica en su nivel, por lógica deberá referir más pacientes a los especialistas de otras ramas.
F-V
- 5.- El Médico especialista en otras ramas es responsable ante el Médico Familiar del cuidado de los pacientes
F-V

- 6.- Es vital para el Médico Familiar dominar el manejo Hospitalario. P-V.
- 7.- El área de trabajo que corresponde al Médico Familiar es la comunidad. P-V.
- 8.- Detesto el trabajo administrativo. P-V.
- 9.- El Médico Familiar en el IMSS debe resolver el 85% de los padecimientos en el consultorio o en la comunidad. P-V.
- 10.- El Médico Familiar debe informar al especialista de otras ramas del tratamiento de los pacientes, ya que el último es el principal responsable de la salud. P-V.
- 11.- La Medicina Familiar es una especialidad conveniente para aquellos Médicos que han dejado de ejercer varios años. P-V.
- 12.- La Medicina Familiar es una residencia a la que tienen un acceso más probable los médicos que no han conseguido ingresar a otra. P-V.
- 13.- La labor del Médico Familiar se encuentra orientada principalmente a la prevención. P-V.
- 14.- La Medicina Familiar es una especialidad similar a la Medicina Interna pero enfocada al primer nivel de atención. P-V.
- 15.- La medicina Familiar surge como una actividad muy reciente en la actividad médica mundial. P-V.
- 16.- La prevención de la enfermedad corresponde a la epidemiología y la curación de los padecimientos a la Medicina-

- Familiar. P-V.
- 17.- La Medicina Familiar es una disciplina académica que por sus características requiere menos cantidad de actividad práctica en guardias. P-V.
- 18.- El Médico Familiar tiene a las visitas a domicilio como una obligación y solo cuando el paciente los solicite. P-V.
- 19.- Las únicas posibilidades de realización como médico en la actualidad son a través de la especialización. P-V.
- 20.- Es importante para el Médico Familiar reconocer en los centros de alta especialización a lo mejor de la medicina. P-V.
- 21.- La Medicina Familiar es propia de países subdesarrollados. P-V.
- 22.- Hay especialidades más adecuadas para una mujer que otras. La Medicina Familiar es una de ellas por ser en la que existe menor carga de trabajo. P-V.
- 23.- Las tres áreas de trabajo del Médico Familiar son: Médica, administrativa y hospitalaria. P-V.
- 24.- Si el Médico Familiar atiende solamente el 60% de los casos por los que se le consulta, su labor es aceptable. P-V.
- 25.- La Orientación vocacional no es importante en una especialidad, dado que el trabajo remunerado es por sí mismo satisfactorio. P-V.

- 26.- La Medicina Familiar no requiere cambios. Quienes cuestionan su funcionamiento solo pretenden fines políticos
F-V.
- 27.- El Médico Familiar posee una jerarquía Institucional — más baja que el especialista en ramas troncales.
F-V.
- 28.- El Médico Familiar no debe ser crítico. Debe dedicarse al quehacer Médico exclusivamente. F-V.
- 29.- Es imposible hacer algo por cambiar la cantidad de consultas que debe dar un Médico Familiar. La población es incontrolable. F-V.
- 30.- A pesar de cambios políticos, la Medicina Familiar no desaparecerá. F-V.

Respuestas que pueden considerarse como correctas:

- | | | |
|--------|--------|--------|
| 1.- V | 13.- V | 25.- F |
| 2.- F | 14.- F | 26.- F |
| 3.- V | 15.- F | 27.- F |
| 4.- F | 16.- F | 28.- F |
| 5.- V | 17.- F | 29.- F |
| 6.- F | 18.- F | 30.- V |
| 7.- V | 19.- F | |
| 8.- F | 20.- F | |
| 9.- F | 21.- F | |
| 10.- F | 22.- F | |
| 11.- F | 23.- F | |
| 12.- F | 24.- F | |

BIBLIOGRAFIA

Libros:

- 1.- Székely, B.; Los Tests. Buenos Aires. 1966, Vol. 3, p.p. 1466-1470.
- 2.- Tyler, L.E.; La función del orientador. Ed. Trillas, -- S.A., México. 1972, p. 28-29; 37-35.
- 3.- Pordinas, F.; Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. V. Siglo XXI, 27a. edición, México. 1984, p.p.117-121.
- 4.- Friedmann, G.; Deville, P.; Tratado de Sociología del Trabajo. 1a. Ed., México. Fondo de Cultura Económica. - 1963, Vol. 1, p.p. 17,176, 177.
- 5.- Baumgarten, P.; Exámenes de aptitud profesional. 1a. -- Ed., Barcelona, España, Editorial Labor. 1957, p.p. 29-36.
- 6.- Simposio Internacional de Medicina General/Familiar y comunitaria. Memorias. Ed. por facultad de medicina -- UNAM, México. 1976, p.p. 5-33.
- 7.- Programa del curso de especialización en medicina familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social, 1984, p.p. 8.

Revistas:

- 1.- Varnam, H. A.; Vocational training for general practitioners. British Medical Journal. 289, p.p. 358-360, Agos to 11, 1984.

- 2.- Larro, J. R. Medicina General/Familiar. Mesa Redonda. Revista de la Facultad de Medicina. 23 (3): p.p. 3-20, -- 1981.
- 3.- Larro, J. R.; Medicina General/Familiar. Mesa Redonda, - 2a. parte. Revista de la Facultad de Medicina. (24): p.p. 6-18, 1981.
- 4.- Villalpando, J.J.; Larro, G.L.; El sistema de enseñanza de las especialidades médicas en el IMSS. Revista Médica del IMSS. (24), (2): p.p. 149-155, 1986.
- 5.- Villalpando, J.J.J.; La formación de Médicos especialistas en el IMSS: Treinta años de experiencia. Revista Médica del IMSS. (24), (4): p.p. 279-285, 1986.
- 6.- Villalpando, J.J.; Motivación e incentivo como factores determinantes en la elección de la especialidad médica. Revista Médica del IMSS. (24), (3): p.p. 211-219, 1986.
- 7.- Valdés, D. J. J.; La Medicina Familiar en el IMSS. Revista Médica del IMSS. (21), (6): p.p. 524-526, 1983.
- 8.- Featherstone, H.J.; Analysis of selection criteria for medical residents. Differences between primary care -- and traditional pathway committees. The American Journal of Medicine. (75), p.p. 687-690, 1983.
- 9.- Roberts, J.; Entry to general practice training. British Medical Journal. (287), p.p. 1677-1679. 1983 Dic.
- 10.- Rhodes, P.; Educating the doctor: postgraduate, vocational, and continuing education. British Medical Journal. (290), Junio 1985. p.p. 1808-1810.

- 11.- Hennen, B.E.E.; Family Medicine Education in Canada, - 1983. Canadian Family Physician. (29), p.p. 2340-2344- Dic. 1983.
- 12.- Setlin, R.J.C.; Doing better, feeling worse: family medicine in an academic setting. Journal of the Royal College of General Practitioners. (32), p.p. 695-699, Noviembre 1982.
- 13.- Biehn, J.; Family Medicine Residency: Does it Make a difference?. Canadian Family Physician. (29), p.p. 1031 - 1034. Mayo 1983.
- 14.- Rhodes, P.; Choosing to become a general practitioner. British Medical Journal. (286), p.p. 37-38, Enero 1983.
- 15.- Rhodes, P.; More about general practice. British Medical Journal. (286), p.p. 127-128, enero 1983.
- 16.- Reichel, J.; The future of family medicine in response to demographic changes and increasing specialization. The Journal of the American Medical Association. (249), (11): p.p. 1445-1447, marzo 1983.