

# REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1993

VOLUMEN 4

NUMERO 1



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA  
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635



# **Revista Mexicana de Educación Médica**

## **CONSEJO DIRECTIVO**

Dr. Ramiro Jesús Sandoval  
Dr. José Angel Córdova Villalobos  
Dr. Andrés Hernández García  
Dra. Virginia Hidalgo Wong  
Dra. Irene Durante Montiel

## **CONSEJO EDITORIAL**

Dr. José Manuel Álvarez Manilla  
Dr. Ector Jaime Ramírez Barba  
Dr. Enrique Vargas Salado  
Dr. Gabriel Cortés Gallo  
Dr. Ramiro Jesús Sandoval  
Dr. Luis Felipe Abreu

## **EDITOR**

Dr. José Angel Córdova Villalobos

# EDITORIAL

# Revista Mexicana de Educación Médica

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES  
Y ESCUELAS DE MEDICINA

1993, VOLUMEN 4, NUMERO 1

ISSN 0188-2635

## INDICE

EDITORIAL.....	3
REPORTES DE INVESTIGACION	
<b>Una década de experiencia de trabajo comunitario en las zonas rurales de Baja California.....</b>	<b>7</b>
<i>Héctor Rivera Valenzuela, Rosalva C. Vargas Almaraz.</i>	
<b>Perfil del profesor de la asignatura de Salud Pública del plan de estudios 1985, de la Facultad de Medicina, UNAM.....</b>	<b>11</b>
<i>Julieta García, Rosalina Villanueva, Lilia Macedo, Rodolfo Nava, Marcela Ochoa, Dolores Ortiz de la Huerta, Primo Sandoval.</i>	
<b>El valor que dan los alumnos del primer año de medicina, UNAM, a la influencia que ejercieron sus estudios de preparatoria en su rendimiento escolar actual.....</b>	<b>23</b>
<i>Ileana Petra Micu, José Antonio Talayero Uriarte, Claudia Fouilloux Morales.</i>	
ENSAYOS Y MONOGRAFIAS	
<b>Nuevos caminos, una propuesta para el trabajo comunitario en las áreas marginadas urbanas.....</b>	<b>31</b>
<i>Rosalva Vargas A., Héctor Rivera V.</i>	
<b>El perfil profesional del médico general en el area de la salud pública.....</b>	<b>37</b>
<i>Eleuterio González Carbajal.</i>	
<b>Definición de la competencia profesional en la atención integral al anciano.....</b>	<b>41</b>
<i>Clara Urbina, Manuel Barquín, Graciela Casas, Lilia Macedo, Dolores Ortiz de la Huerta, Primo Sandoval.</i>	
REUNIONES DE LA AMFEM	
<b>XXXVI Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.....</b>	<b>47</b>

# EDITORIAL

La educación constituye el pilar más importante en el desarrollo de los pueblos, y ésta cuando se refiere a la salud representa sin duda un doble valor por la magnitud de la incidencia que esto tiene en la posibilidad de crecimiento, expansión y expresión de todas las manifestaciones de los seres humanos, ya que sin salud el individuo se encuentra privado de la mayor y más importante de las libertades.

Sin duda la educación como otras muchas artes del quehacer humano requiere de un continuo análisis y superación, para tratar de que realmente sea un arte, para lograr la mejor capacidad de trasmisión del conocimiento, con la mayor facilidad, en el momento idóneo. Sin embargo, que difícil es reunir todas esas aptitudes tanto en educadores como en educandos y que difícil, el lograr la idoneidad en estos tiempos de cambios tan profundos en las sociedades actuales, de enormes diferencias, de grandes retos.

Para nuestra sociedad mexicana, la inserción en un nuevo sistema de globalización económica, de mercados compartidos, de lucha, de competencia, representa sin duda un hito en el desarrollo del país, en donde nuestro comportamiento como mexicanos debe reflejarse más que nunca en la calidad de nuestras acciones, más un poco extra de esa característica vivacidad que como mexicanos poseemos que nos permita no sólo igualar sino superar a otros en las situaciones que enfrentaremos. Pero evidentemente para competir requerimos el conocimiento primario de nuestra realidad, de saber lo que tenemos para presagiar de lo que seremos capaces, y en esta actividad como lo es la enseñanza médica, como en muchas otras es necesario conocer en qué nivel estamos, auditarnos en la congruencia de nuestro trabajo como formadores de recursos humanos para la salud, conocer la calidad con la que estamos desempeñando esta función, pues sólo mediante un profundo análisis de lo que tenemos, propio y comparativo con otras instituciones nacionales e internacionales, del apego de nuestras metas y objetivos a la realidad nacional, del conocimiento del impacto que nuestras acciones están teniendo en la salud de nuestro pueblo, en fin sólo mediante una profunda revisión de los resultados de nuestra función, podremos valorar en dónde estamos, qué requerimos y hasta dónde somos capaces de llegar.

Es por ello que el Programa Nacional de Acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina, dentro del Programa de Calidad de Educación Médica promovido y desarrollado por AMFEM, tiene actualmente una importancia fundamental acorde con la realidad de nuestros tiempos y de nuestro país, es importante el hacer un examen de conciencia, el reconocer nuestras fallas y limitaciones para corregirlas a la brevedad posible y ser capaces de enfrentar con preparación el reto que actualmente tenemos enfrente con la globalización económica mundial.

*Dr. José Angel Córdova Villalobos.*

En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen

la ranitidina



RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N-[2-[5-(dimetil-aminometil)-2-Furil metil]toleil]-N-1 metil-2-nitro-1,1-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H<sub>2</sub> de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Úlcera duodenal y gástrica, Úlcera postoperatoria, Esofagitis por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del Sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Menderson). DOSIS: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg. por la noche o bien, un comprimido de 150 mg. dos veces al día, durante 4 semanas. El periodo de tratamiento puede llegar a 8 semanas; la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg. por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg. al día. Intravenoso: Directo: 50 mg. diluidos en 20 ml. de solución salina, glucosada o Hartman, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis ponderal: 0.125 mg. a 0.35 mg/kg/hr. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg. por la noche durante 4-8 semanas. Al igual que otras drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interactúa con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cefalea en un 3%, mareo, constipación, náusea, dolor abdominal y rash en 1%; casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.b.p. un comprimido. Cada ampolla de 5 ml. contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con aguja esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg. caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg. caja con 5 ampollitas de 5 ml. de 50 mg. y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml. clajuga esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hds. Sta. Rita, Celaya, Gto.  
Literatura exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.  
Regs. Num. 26M63 y 24M63, S.S.A. I. Med.SOE-1703/J  
\* Marca Registrada

Ranisen<sup>®</sup>  
SENOSIAIN



# La Facultad de Medicina de Tijuana en la Comunidad.

## Una década de experiencia de trabajo comunitario en las zonas rurales de Baja California.<sup>1</sup>

Dr. Héctor Rivera Valenzuela.<sup>2</sup>

Oración 601, Hipódromo 2

La Mesa, Tijuana, B. C., 22000., tel. 81-54-93

Dra. Rosalva C. Vargas Almaraz.<sup>3</sup>

### Resumen

En el trabajo se describe la experiencia obtenida de las actividades realizadas en las comunidades rurales de B. C., en los últimos 10 años por los alumnos de la Facultad de Medicina de Tijuana por medio de las cuales, la facultad ha apoyado tanto la formación de los alumnos como el desarrollo comunitario. El trabajo además enlista los objetivos que se logran tanto en el terreno educativo como en materia de servicio, así como las actividades específicas que se desarrollan, destacando la interacción que se logra al conjuntar el servicio con la docencia. En los resultados se anotan los totales, incluyendo el número de personas que se han atendido que sobrepasa de los 11,291 en los 21 viajes realizados, a 12 comunidades rurales y el ahorro global que este tipo de actividades ha generado.

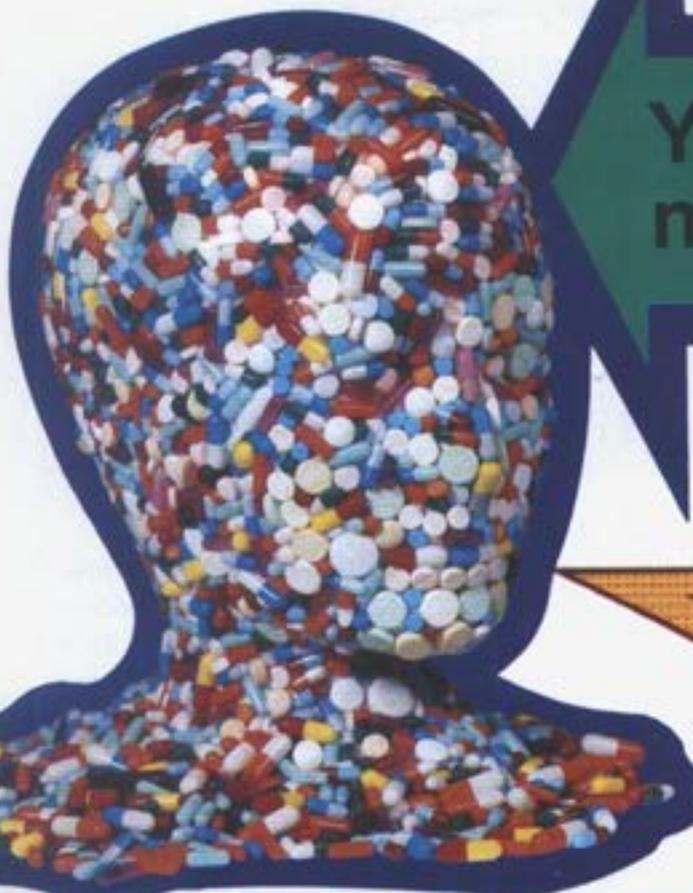
### Summary

*This paper review the experiences obtained during the last 10 years of activities of health care rendered to rural communities in Baja California. These services are provided by faculty and students from the School of Medicine of Tijuana. This way the institution covers two aspects; the educational process on which the students are involved during their studies and also helping community development. This article also describes the goals in both areas included the types of activities performed. Results of all activities are also including reaching as much as 11,291 patients in 21 field practices to 12 different places. At the end the total savings to communities is also detailed.*

<sup>1</sup> Ponencia presentada en la "1Reunión Anual de AFMES", Tampico, Tam., junio, 1992.

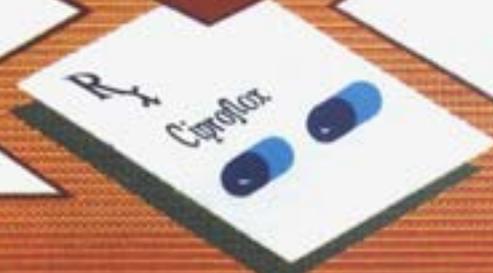
<sup>2</sup> Profesor tiempo completo. Fac. de Med. Tijuana. UABC.

<sup>3</sup> Profesor tiempo completo. Fac. de Med. Tijuana. UABC.



Ya no es necesario...

Ahora  
eficacia  
con menos  
dosis



Rx  
Ciproflo

# CIPROFLOX

QUINOLONA DE 3ª. GENERACION  
ANTIMICROBIANO

- ★ Bien tolerado
- ★ No es inactivado por enzimas.
- ★ Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- ★ No requiere ajustar dosis aún en pacientes con insuficiencia renal.



FORMULA: Cápsulas: cada cápsula contiene 250 mg. y 500 mg. de Ciprofloxacina. INDICACIONES: Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, de las vías urinarias, respiratorias, de la piel, meningitis, infecciones y cuadros agudos de origen bacteriano producido por gramnegativos sensibles. REACCIONES SECUNDARIAS: Para todas las nuevas quinolonas, el índice de efectos adversos puede ser muy bajo aunque se requiere de mayor experiencia clínica para una evaluación final de estos fármacos en las diferentes dosis y períodos de tratamiento. En cuanto a la Ciprofloxacina, podemos afirmar que sus reacciones secundarias son de tipo gastrointestinal cuando se administra por vía oral, náuseas, vómitos, diarrea, dolor de abdomen de las hemorroides, mareos, cefaleas y temblores. PRECAUCIONES: Como cualquier otro ácido logánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de ácidos biliares. Nota: no se ha establecido la eficacia y seguridad del fármaco en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Embarazo: No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas, por lo que deben evitarse los posibles riesgos/beneficios para la paciente. CONTRAINDICACIONES: Se encuentra contraindicado en pacientes hipersensibles a este grupo de antimicrobianos. INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS: La coadministración de Ciprofloxacina y Teofilina resulta en un aumento de la vida media de eliminación de esta última, por lo que se recomienda ajustar la dosis durante el tratamiento con Ciprofloxacina. DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN: Se han realizado diversos estudios clínicos, basados en la dependencia del alto de toxicidad de la infección, género, edad y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de Ciprofloxacina, siempre por la vía oral y por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividiendo en dos dosis al día. Deben señalarse la posibilidad del desarrollo de infecciones del tracto urinario no complicadas, con dosis única. La absorción de Ciprofloxacina disminuye cuando se administra conjuntamente con antibióticos. PRESENTACIONES: Caja con 12 cápsulas de 250 mg., caja con 6 cápsulas de 500 mg. y caja con 12 cápsulas de 500 mg.

Hecho en México por LABORATORIOS SENSIBIAN, S.A. DE C.V.  
Carretera a San Luis Rey 201, Ex-Hito, Sta. Rita, Calapa, Oax.  
Urbaneja exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.  
Reg. No. 203487 S.S.A. T. 01-14017  
© México Registrada

CIPROFLOX



SENSIBIAN

Desde su fundación en 1974 la facultad ha dedicado una parte importante de su currículum a la salud poblacional, incluyendo 2 años de la materia de Salud Pública, única asignatura que se imparte durante 4 semestres. Los alumnos desde las primeras semanas de clases asisten a la comunidad, a los centros periféricos de atención médica, se incorporan en campañas de inmunización y colaboran en casos de desastre.

A partir de 1981, se ha venido realizando semestralmente un viaje de estudios en las comunidades rurales del estado y algunas comunidades de Sonora y de Baja California Sur. Habiéndose visitado en B.C. las poblaciones de Isla de Cedros, Bahía de los Angeles, El Rosario, San Felipe, San Quintín, Ejido Eréndira, el Valle de la Trinidad, Calamajue, San Luis Gonzaga. En Sonora se visitó el Golfo de Santa Clara y en B.C.S. Mulegé. Se han efectuado 21 viajes, a alguna de las localidades en más de una ocasión.

El viaje surgió de una petición de los alumnos de cuarto semestre que cursaban la materia de Parasitología, quienes se entusiasmaron con la idea del profesor de la materia, de formar brigadas de apoyo comunitario, que permitieran aprender-haciendo. En principio fue aceptada la petición con beneplácito por parte de las autoridades. La inexperiencia en este tipo de activi-

dades, llevó a plantear metas que orientaron el viaje, más hacia la investigación que a la docencia y el servicio, proponiéndose determinar:

1. Frecuencia de parásitos intestinales en población abierta.
2. Frecuencia de Toxoplasmosis.
3. Frecuencia de Coccidioidomicosis.
4. Frecuencia y tipo de problemas ocasionados por animales venenosos y ponzoñosos.
5. La calidad del agua de uso doméstico.
6. Frecuencia de enfermedades de transmisión sexual.
7. El tipo de hongos contaminantes más comunes.

En viajes subsecuentes, se incluyeron protocolos de frecuencia de cardiopatías, diabetes mellitus, cáncer cérvico-uterino.

Con el tiempo se notó, que el viaje no podía tener como propósito fundamental la investigación, dado que lo novedoso de la experiencia en el trabajo comunitario, causa un gran impacto en el proceso formativo del alumno, por lo que se modificaron las metas, para darle al viaje un perfil docente-asistencial. Dejando sólo aquellas actividades que obedecen a un servicio integral de salud a la comunidad.

El viaje consiste, en una semana de actividades que se realizan en una comunidad rural en la que se encuentra un pasante de la facultad, realizando el servicio social. Requisito indispensable, ya que el pasante conoce la mecánica del viaje y sabe de la im-



portaría de la promoción y el apoyo para que la comunidad responda al llamado que se le hace. La base del grupo, son los alumnos de cuarto semestre, quienes están por entrar a los ciclos clínicos. El grupo se completa con alumnos de otros semestres quienes por su experiencia o características, realizan algún trabajo especial como manejo de equipo, técnicas de laboratorio y trabajo de cómputo. Además, se invita a médicos, internistas, pediatras, químicos y otro personal de apoyo. La facultad proporciona material y equipo de laboratorio con lo que es posible realizar prácticamente cualquier estudio en la comunidad. El financiamiento del resto del viaje es por autogestión de los alumnos que se organizan durante el semestre para conseguir los apoyos necesarios para solventar los gastos colaterales como la alimentación, hospedaje, material de oficina, etc. Toda la organización logística del viaje, se lleva a cabo con la supervisión de un profesor, que es nombrado coordinador general.

Las actividades que se realizan de manera rutinaria son: consulta pediátrica y de adultos, exámenes coproparasitoscópicos, química sanguínea, examen general de orina, Graham, biometría hemática, Papanicolaou, exámenes de embarazo, exámenes en fresco para protozoarios, electrocardiogramas, exámenes diversos como espermotobioscopías, cultivos, tinciones de gram y baar; hemoglobina glicosilada, Prueba de Mantoux. Además se dictan pláticas a la comunidad.

## Propósitos institucionales

Con el tiempo esta práctica comunitaria, se ha convertido en una de las experiencias más notables que el alumno de Tijuana tiene durante su formación como médico. Los propósitos que engloba hoy en día, se pueden resumir de la siguiente manera:

### En el terreno educativo

El alumno se da cuenta de que al aprender-haciendo, le encuentra un sentido a lo que está estudiando, y el proceso produce una especie de sinergismo en el aprendizaje.

Esta, es una oportunidad para que el alumno descubra su vocación por el servicio, sólo que, al ser una actividad globalizadora identifica las acciones en las cuales se siente no solamente competente, sino también satisfecho, con lo que empieza a visualizar el futuro por el cual se encaminará, reforzando con ello su motivación.

El enfrentarse con la realidad y ser capaz de dictar medidas, tendientes a solucionar problemas hasta ahora sólo contemplados en los textos, crea en el alumno un sentimiento de autoestima, cuando descubre a través del servicio, que el bagaje de conocimientos hasta ahora adquirido tiene un sentido y una aplicación práctica, lo que le permite darse cuenta de que en este momento posee suficiente capacidad para resolver problemas, pero también descubre que tiene grandes carencias que requieren de mayor aprendizaje.

La dinámica generada tanto en la organización como en la realización del viaje, favorece, facilita e incrementa, la interacción grupal y obliga al alumno a reconocer la necesidad de interactuar en diferentes niveles, aun en aquéllos que podrían ser desagradables, a fin de que se cumplan los objetivos satisfactoriamente. Esta situación no ha sido vivida antes y tal vez no lo será después con la misma intensidad, por lo cual constituye una experiencia altamente significativa, que se verá reproducida en la conducta del alumno, al llegar al internado rotatorio.

Colateralmente al aprendizaje de las ciencias médicas, el alumno enfrenta a veces por primera vez, la responsabilidad de manejarse autónomamente en un ambiente ajeno al familiar lo que le permite desarrollar actitudes de responsabilidad ante las decisiones que tiene que tomar.

Adentrarse a la comunidad lo hace consciente de que la situación socioeconómica y la forma de vida tienen un efecto directo sobre la salud de los individuos y que a veces son suficientes pequeñas modificaciones, para conseguir un cambio sustancial de la calidad de vida de un grupo humano. Situación que nunca vivirá en las prácticas urbanas donde asiste a la comunidad pero no se integra a ella.

La necesidad de buscar financiamiento para la realización de esta actividad genera en el alumno actitudes positivas ante la autogestión que enriquecen sus expectativas.

La experiencia obtenida al convivir estrechamente por un período de tiempo prolongado, con compañeros y maestros, enseña en su dimensión más completa los infinitos matices de los seres humanos haciéndolos más reales y accesibles, lo que favorece finalmente, una mejor interacción entre ellos.

Si bien es cierto que descubrir el valor de los conocimientos citados en los textos es muy importante, lo es más el descubrir, que la realidad de su entorno, que condiciona y modifica la salud, no está referida en ellos, lo que le permite no sólo detectar, sino entender el porqué de las grandes diferencias existentes en las comunidades del país.

### En materia de servicio:

La facultad ofrece a las comunidades rurales servicios médico-asistenciales, a los que no tienen fácil acceso, tales como consulta de especialidad, exámenes de laboratorio y gabinete, educación y promoción de salud y medicamentos.

La realización de estas actividades permite detectar y tratar, de manera oportuna, diversos padecimientos que hubieran pasado desapercibidos o bien generarían problema de otra magnitud.

Al identificar problemas de naturaleza compleja, que requieren de manejo especializado. A través de la gestión de los propios alumnos, los pacientes son canalizados a unidades asistenciales o médicos particulares, que colaboran con nosotros de manera desinteresada, logrando en muchos de los casos la recuperación de pacientes, que de otra manera se hubieran convertido en inválidos, por falta de atención adecuada.

Secundariamente la Universidad al realizar estas actividades, propicia un ahorro considerable en las erogaciones, que por concepto de

salud, tendrían que realizar las comunidades de no ofrecerles el servicio.

## Resultados Globales

Una vez revisada la información y habiendo hecho los cálculos estadísticos pertinentes, se obtuvieron los siguientes datos:

ACTIVIDADES	PROMEDIOS	TOTALES (21 Viajes)
Consulta de especialidad	106	2226
Coproparasitoscópicos	148	3108
Biometría hemática	69	1449
Química sanguínea	26	546
Graham	68	1428
Examen general de orina	56	1176
Papanicolaou	19	399
Prueba de embarazo	6	126
Exámenes en fresco	5	105
Electrocardiogramas	20	420
	523	10 983

Se han realizado en total durante estos viajes:

Cultivos diversos	98
Espermatobioscopias	5
Hemoglobina glicosilada	105

El costo promedio a precios de 1991 de estos servicios, sin tomar en cuenta transportación ni viáticos, asciende a 19,286,000 pesos (6,221 dólares), que ha ahorrado la comunidad gracias al apoyo universitario.

## Consideraciones finales

Los propósitos institucionales señalados se alcanzan invariablemente, en proporciones significativas, lo que ha hecho que el proyecto se convierta en un programa permanente.

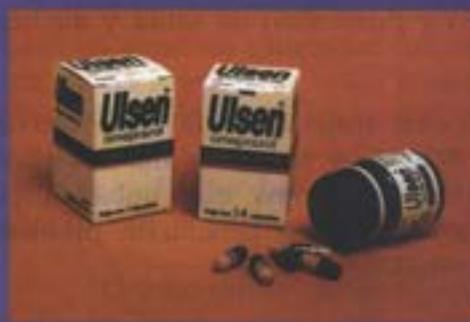
- ◆ Actúa exclusivamente en las células parietales del estómago, por lo que carece de efectos sistémicos.
- ◆ A diferencia especialmente de cimetidina, no provoca ginecomastia, impotencia, confusión ni aumento de la creatinina.

- ◆ Un camino diferente en la inhibición de la secreción ácida.
- ◆ Reduciendo el 80 % de la secreción ácida de 24 hrs.

## EN LA ULCERA PEPTICA, GASTRICA O DUODENAL.



# Ulsen



**U L S E N (OMEPRAZOL) Cápsulas. FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene omeprazol 20 mg Excipiente s.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPEUTICAS:** Esófago por reflujo, úlcera gástrica, úlcera duodenal, Síndrome de Zollinger-Ellison y en todos aquellos estados hipersecretorios en donde se requiera el tratamiento con un fármaco bloqueador de la bomba de protones. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a los componentes del medicamento, embarazo. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** El uso de omeprazol en niños, embarazadas o en mujeres lactando no ha sido investigado. Como norma en todo medicamento nuevo, no se recomienda su uso en estos pacientes. Tras la terapia con omeprazol no se han observado efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Omeprazol es bien tolerado y raramente causa efectos secundarios de importancia clínica, siendo los más frecuentes: diarrea, náuseas, dolor abdominal, cansancio, mareo, cefalea y parestesias. Estos efectos generalmente fueron moderados, transitorios y no requirieron de la reducción de la dosis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que omeprazol inhibe el metabolismo oxidativo hepático (citocromo P-450) de algunos fármacos metabolizados por esa vía, como la fenitina. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** En pacientes con S. de Zollinger-Ellison que recibieron dosis de hasta 360 mg/día durante 4 años y a los que se les realizó biopsia de mucosa gástrica, no se observó evidencia de hiperplasia de las células enterocromafines y por lo tanto de tumores carcinoides, aunque es necesario un mayor número de estudios. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** La dosis habitual para el adulto en el tratamiento de úlcera péptica ya sea gástrica o duodenal y esofágica por reflujo es de 20 mg al día por las mañanas y continuarse el tratamiento hasta la cicatrización lo que ocurre aproximadamente en 2 a 4 semanas en las úlceras duodenales y de 4 a 8 semanas en las úlceras gástricas y esofágica por reflujo. Para aquellos pacientes que sean resistentes, se recomienda duplicar la dosis. En el S. de Zollinger-Ellison la dosis inicial es de 60 mg al día, en estos pacientes si la dosis requerida es mayor de 60 mg al día, esta deberá ser dividida en dos tomas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MAREJO (ANTIDOTOS):** Hasta el momento no se han reportado. **PRESENTACIONES:** Caja con 7 cápsulas de 20 mg cada una, Caja con 14 cápsulas de 20 mg cada una. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** El envase contiene una sustancia desecante protectora de las cápsulas, que son sensibles a la humedad, por lo que se recomienda mantener el envase siempre bien cerrado. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Letra en exclusiva para médicos. No se debe al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:  
Laboratorio Senosiain S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey No. 221  
Ex Hacienda de Santa Rita, Oaxaca, Gto.  
Número de Reg. 038M913 S.A.  
Código ADOE 2505/041 P.F.N.  
Clave RU/2396/94

**Ulsen**<sup>®</sup>

SENOSIAIN



# Perfil del profesor de la asignatura de Salud Pública del plan de estudios 1985, de la Facultad de Medicina, UNAM.

Julieta García<sup>4</sup>, Rosalina Villanueva<sup>5</sup>,  
Lilia Macedo<sup>6</sup>, Rodolfo Nava<sup>7</sup>, Marcela Ochoa<sup>8</sup>,  
Dolores Ortiz de la Huerta<sup>4</sup>, y Primo Sandoval<sup>9</sup>

Departamento de Salud Pública.  
Facultad de Medicina UNAM  
Octubre de 1992.<sup>6</sup>

## Resumen

En el artículo se describen las características de los profesores de la asignatura de Salud Pública que aplicaron el programa correspondiente al plan de estudios 1985, en el período comprendido de 1987 a 1991.

Para conocer las características del docente que interactúan con la propuesta curricular y la práctica cotidiana de la misma, se aplicó una cédula de actualización curricular, que contestó el 83% de los profesores que formaban la plantilla al iniciarse este estudio.

Las características estudiadas se refieren a variables demográficas, laborales, de formación disciplinaria y técnico-pedagógica, así como de ejercicio profesional de la salud pública.

Los resultados mostraron que predominaban los profesores de edad madura, con un promedio de 50.2 años de edad. El nombramiento del 68% era de profesor de asignatura y el 37% estaba contratado por menos de 10 horas a la semana.

El 93% de los profesores tenía formación disciplinaria de posgrado y un 43% poseía más de un posgrado. El 75% se había formado para la docencia a través de cursos cortos o talleres.

Después de realizar una ponderación de las variables dentro de las categorías de suficiencia y adecuación se concluyó que la gran mayoría de los profesores tenía una formación disciplinaria adecuada para el programa vigente y que era deseable una preparación más amplia en el aspecto técnico-pedagógico.

<sup>4</sup> Maestría en Salud Pública.

<sup>5</sup> Maestría en Estadística Aplicada a la Salud.

<sup>6</sup> Maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales.

<sup>7</sup> Maestría en Ciencias Médicas.

<sup>8</sup> Especialidad en Docencia.

<sup>9</sup> Maestría en Sociología Médica.

# Fucidin

Acido fusídico

EL ANTIBIOTICO PARA LAS INFECCIONES DE LA PIEL



FUCIDIN (Acido fusídico y fusidato sódico). Crema y ungüento. Antibiótico lipofílico. FORMULA: Cada 100 g de crema contiene: Acido Fusídico 2 g. Vehículo s.b.p. 100 g. Cada 100 g de ungüento contiene: fusidato sódico 2 g. Vehículo s.b.p. 100 g. INDICACIONES TERAPÉUTICAS. FUCIDIN está indicado en el tratamiento de infecciones cutáneas como: Impetigo, furunculosis, Quemaduras, carbunclos, Hidradenitis, paroniquias, erisipela y síncas de la barba; producidas por estafilococos, estreptococos u otros microorganismos patógenos sensibles a FUCIDIN. CONTRAINDICACIONES: No debe usarse en infecciones micóticas o virales. PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA: Estudios en animales no demostraron efectos teratogénicos, sin embargo el igual que con otros antibióticos su empleo durante estas etapas quedará bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS. En menos del 1% de los casos, se ha reportado eritema de contacto en el sitio de aplicación, irritación cutánea y eritema. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS / DE OTRO GENERO: Hasta el momento no se ha reportado ningún tipo de interacción. ALTERACIONES DE PRUEBAS DE LABORATORIO: No se ha reportado ninguna alteración sobre las pruebas de laboratorio. PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD: Para la aplicación de FUCIDIN en cualquier zona dermatológica profunda con drenaje quirúrgico, se deberá proceder con la mayor asepsia posible. Si se usa para tratar lesiones faciales (oreja), deberá evitarse que el medicamento llegue a los ojos, ya que podría causar irritación conjuntival. FUCIDIN carece de efectos carcinogénicos, mutagénicos, teratogénicos o sobre la fertilidad. DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION: FUCIDIN Crema y ungüento se aplica en la zona infectada 2 o 3 veces al día, generalmente durante un lapso de 7 días. SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL, MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): No existen datos de sobredosificación. PRESENTACIONES: FUCIDIN crema: tubo con 25 g. FUCIDIN ungüento: tubo con 10 g. RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAJE. Conservar en lugar fresco y seco.

LEYENDAS DE PROTECCION:  
Libretura exclusiva para médicos.  
No se debe al alcance de los niños.  
Su venta requiere receta médica.  
LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. DE C.V.  
Carretera a San Luis Rey No. 221  
Ex Hacienda de Santa Rita Celaya, Gto.  
Reg. No. 1188/86 y 143888, S.S.A.  
Clas. HEAR-1889/80  
Clas. IZJ-2386/84

Bajo licencia de:  
Leo Pharmaceutical Products, Ltd.  
Bakerup-Charmara  
Propietarios de las marcas  
LEO FUCIDIN y la figura del León.



Fucidin<sup>®</sup>  
SENOSIAIN



## Abstract

*In 1985, the National University of Mexico (Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM), modified the curriculum of Medicine. A study of the faculty that teach Public Health in the new curriculum was conducted from 1987 to 1991.*

*A questionnaire, designed to study the interactions between the new program and the teachers was distributed to the faculty. The response rate of the Public Health faculty was 83%.*

*The mean age of the Public Health faculty was 50.2 years. 68% of the teachers did not have tenure. 37% were appointed for less than 10 hours for week.*

*93% of the faculty had some postgraduate training, while 43% had taken more than one postgraduate course. 75% of the lecturers had participated in workshops or other types of faculty development programs.*

*The results indicated that the majority of the Public Health faculty had adequate disciplinary training for teaching Public Health in the new curriculum. It is suggested that didactic courses in teaching techniques be developed to reinforce the disciplinary training.*

## Antecedentes

Esta investigación es un resultado parcial del proyecto que desarrolla actualmente el comité de evaluación del Departamento de Salud Pública con el título: Análisis de la Propuesta Curricular de 1985, asignatura Salud Pública. El proyecto aludido pretende conocer cómo interactúan la propuesta curricular, las características del docente y la práctica cotidiana de la propuesta.

## Introducción

En la preocupación generalizada por elevar la calidad de la educación, el mejoramiento del personal académico en sus diversos ángulos se considera uno de los factores básicos. Así en el documento Plan Nacional de Educación Superior: lineamientos generales para el período 1981-1991; aprobado en la XX reunión de ANUIES en 1981; se indica que para el mejoramiento del personal académico "la contratación y promoción... debe obedecer a criterios de calidad claramente definidos... (y)... se establece la pauta de que en forma permanente se formen y actualicen los recursos humanos para las funciones universitarias, se hace incapié en los estudios de posgrado... se hace

referencia a la necesidad de impulsar programas que equilibren la formación en metodología educativa y en las disciplinas".<sup>1</sup>

En una investigación reciente realizada en la Facultad de Medicina de la UNAM, sobre la eficacia del profesor, se habla de una situación latinoamericana en la cual menos del 40 % de los profesores de tiempo completo posee doctorado, maestría o especialidad... y se asegura que "dominen o no su propia disciplina, ninguno de ellos recibió una capacitación apropiada para enseñar".<sup>2</sup>

En lo que toca al Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, la evolución histórica de los contenidos (planes y programas) de la medicina social, la medicina preventiva y la salud pública ha tenido su contraparte, con mayor o menor amplitud y consistencia, en los programas de formación docente ofrecidos por la Universidad o implementados en el departamento mismo.

Aunque desde 1933 se imparten contenidos aislados de salud pública en la Facultad de Medicina de la UNAM, es hasta 1956 con la fundación del Departamento de Sociología

Médica y Medicina Preventiva (actualmente denominado de Salud Pública) que se da un énfasis definido a la preparación de futuros médicos en los aspectos colectivos y de prevención.

El plan de estudios en su revisión de 1967 ofrece una serie de considerandos en los cuales quedan correctamente ubicadas las necesidades de la enseñanza del área de la medicina preventiva y social, enmarcadas en el panorama epidemiológico del país y el perfil del egresado que se vislumbraba en esa época.

El plan de 1967 se organizó por semestres, y la enseñanza de contenidos se llevó a cabo mediante cuatro asignaturas: Introducción a la Práctica Médica (primer semestre), Medicina Preventiva (segundo semestre), Salud Pública (tercer semestre) y Medicina Social (séptimo semestre).<sup>3</sup>

En 1985 se implementó un nuevo plan de estudios que sustituyó al anterior y como resultado del diseño, las cuatro asignaturas departamentales quedaron incluidas en una, de duración anual llamada Salud Pública, en la cual son distinguibles las disciplinas de que se sirve la salud pública, quedando debilitados dos campos muy afines: la medicina preventiva y la medicina social.<sup>4</sup>

La evolución de la formación docente, descrita por algunos investigadores, se ajusta a lo sucedido con el profesorado del Departamento de Salud Pública; Alvarado, por ejemplo, dice que "en los últimos veinte años en las universidades e instituciones de educación superior, se ha dado preponderancia a la realización de actividades de formación de profesores como una política prioritaria del propio estado. Tales actividades han impulsado la profesionalización de la docencia con dos grandes orientaciones: la formación técnico-pedagógica, por un lado y la actualización en las áreas disciplinarias por el otro. En estas dos grandes vertientes se trabajó primero a través de cursos aislados, que posteriormente dieron lugar a programas integrados que paulatinamente se han convertido en diplomados, especializaciones y maestrías".<sup>5</sup>

En los primeros tiempos de la enseñanza de la Salud Pública, los profesores no tienen formación pedagógica, pero son eminentes malariólogos, infectólogos, salubristas diversos que, célebres en su campo profesional, por vocación y con desinterés económico, dedicaron algunas horas a la enseñanza universitaria.

En los años 50's y 60's los maestros en Salud Pública formados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y algunos en el extranjero, son captados para la docencia, sin exigencia para ellos en lo referente a formación docente. En el sexenio de Luis Echeverría (1970-1976), se amplía el acceso a la educación superior, y se produce una expansión en la matrícula estudiantil que genera el crecimiento de la planta de profesores. Este fenómeno expansivo es paralelo al surgimiento de entidades para la formación de recursos humanos para la docencia en el ámbito universitario: el Centro de Didáctica, la Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza y el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud, los tres fusionados actualmente en el Centro de Investigación y Servicios Educativos (CISE).

En los primeros años de la década de los 70, los profesores del área de la Salud Pública se formaron y actualizaron con talleres y cursos de las tres entidades citadas, posteriormente al consolidarse el CISE, surge el programa de Especialización para el Ejercicio de la Docencia, en el que algunos profesores se forman mientras que otros más, lo hacen en maestrías en educación de la misma UNAM.

En este contexto el Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM desarrolla un curso monográfico para la enseñanza de la medicina preventiva y social, y un programa para los estudiantes de medicina en servicio social tendientes a la formación y actualización de profesores para el área. El programa para los pasantes se desarrolla de 1976 a 1983 y el curso monográfico de 1975 a 1983.

Ambos programas tuvieron como característica fundamental el tratar de vincular

los contenidos disciplinarios con la metodología de la enseñanza. Estos cursos capacitaban al personal recién ingresado para convertirse en ayudantes de profesor; muchos de ellos continuaron su formación y actualmente se desempeñan en el sector salud y/o en el educativo.

Se reconoce que para la actuación como docente se requiere el manejo de la disciplina y también de la forma de enseñarla, ya que "en el proceso de enseñanza-aprendizaje se establece un vínculo interpersonal, en donde a la vez que se aprende un contenido, se aprende el vínculo y la situación en donde está inscrito, dado que el individuo no sólo aprende el objeto del conocimiento, sino todo aquello que lo envuelve y le da sentido".<sup>6</sup> En cada nueva propuesta curricular, estamos en condiciones no sólo de transmitir el conocimiento, sino también de establecer esos vínculos, así como de observarnos a nosotros mismos al interior de la práctica docente.

El análisis realizado por el comité de evaluación, partió de los siguientes propósitos:

- a) conocer las características del docente que interaccionan con el programa de la asignatura de Salud Pública: historia personal, formación disciplinaria, formación técnico-pedagógica y actividad profesional, y
- b) tener una aproximación de la relación de la formación disciplinaria y técnico-pedagógica de los profesores, con su desempeño docente, durante el período 1987-1991.

El cumplimiento de los propósitos permite una primera aproximación hacia dos cuestiones: saber cómo es el docente en cuanto a su formación disciplinaria y técnico-pedagógica y por lo tanto qué tan adecuado resulta ser para la enseñanza; y cuáles son las necesidades para su profesionalización más cabal en el campo de la docencia. Colateralmente se obtendrá información sobre el ejercicio profesional no docente, que oriente con respecto a la relación entre el ejercicio de la disciplina y la docencia.

En 1991 se anunció el cambio en los contenidos, en la estructura y en la evaluación de los programas del plan de estudios 1985, entre

ellos el de Salud Pública. En el transcurso de éste año, una comisión trabaja en propuestas para la asignatura de Salud Pública lo que seguramente repercutirá en las necesidades de formación de los profesores.

## Material y Métodos

La información se obtuvo a partir de un cuestionario que se hizo llegar al total del universo: 71 profesores que estaban en la nómina en 1991 y que aplicaron el programa desde 1987.

Las variables a considerar fueron de tipo demográfico, laboral, disciplinario, técnico-pedagógico y profesional.

### Demográficas

Sexo, edad y estado civil.

### Laborales

En la UNAM: antigüedad en la UNAM y en el departamento, nombramiento (categoría y nivel, definitividad, número de horas).

Fuera de la UNAM: nombre de la institución, puesto y nivel de la actividad que realiza (alto mando, directores y subdirectores; nivel medio, jefes de departamento y nivel operativo, asesores, especialistas y otros).

### Disciplinarias y técnico-pedagógicas

Licenciatura, especialización, maestría, doctorado; número de cursos de actualización y formación en el área y en la docencia.

### Experiencia profesional.

Experiencia a partir de la fecha de titulación de la licenciatura.

### Ejercicio profesional en el sector salud.

Experiencia en el sector salud relacionada con los contenidos de la asignatura.

¡para la Alergia!

# Astesesen

Un concepto diferente en la terapia antihistamínica.

El antihistamínico "no clásico" de dosis única al día que marca una nueva era.

- Control efectivo durante 24 horas.
- Eficacia comprobada.
- Mayor potencia.
- Menor dosis.

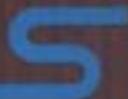
## Astesesen

**FORMULA:** Cada comprimido contiene ASTEMISOL 10 mg (equivalente c.b. Cada ml de suspensión contiene ASTEMISOL 2 mg). **INDICACIONES:** Síndrome alérgico, rinitis alérgica y conjuntivitis alérgica y vernal. **CONTRAINDICACIONES:** En pacientes en tratamiento con fármacos que actúan a través de la histaminérgica, especialmente con los que actúan en el sistema H<sub>1</sub>, ya que no se ha establecido su seguridad durante estos períodos. En pacientes que padecen un insuficiencia hepática. **PRECAUCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se recomienda administrar Astesesen durante estos períodos. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Ocasionalmente se puede presentar aumento del apetito, insomnio y fatiga. No se recomienda administrar la dosis diaria sugerida, ya que a dosis de 30-50 mg/día, se han reportado efectos secundarios tales como: dolor capilar, insomnio, prolongación del tiempo QT, fatigabilidad, vertigo, parestesia y otras afecciones visuales. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Puede potenciar los efectos de otros antihistamínicos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Debido a que se administró 1 mg/día de 1 a 4 veces, por consiguiente no se recomienda su empleo en quienes se quiera lograr un embarazo rápido. Se ha demostrado que el astemizol no debe administrarse en pacientes con insuficiencia hepática, debido a la acumulación del fármaco. **EFECTOS ADVERSOS:** En su estudio de fase III se han reportado datos relacionados con el sistema nervioso, musculoesquelético, en su mayor parte de tipo leve. **DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración oral. La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg (o 2 ml de suspensión) una vez al día, entre las 8 y 12 horas, la noche de la dosis del adulto y niños de 2 a 5 años, 1 ml de Astesesen suspensión por cada 10 kg de peso, en una sola toma. **SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL:** El paciente que recibe una dosis excesiva, deberá estar vigilado cuidadosamente y ser llevado a un hospital más cercano al lugar de residencia, después de realizar lavado gástrico, ya que se ha reportado antídoto tras la ingestión de dosis superiores a 300 mg. **PRESENTACIONES:** Sólido con 10 comprimidos de 10 mg de Astesesen. Líquido con 30 ml, cada ml contiene 2 mg de Astesesen. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservar en lugar fresco y seco.

Vendido en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Potosí 220, Edif. 104, Sta. Rita, Cd. Juárez, Chihuahua, México.  
Reg. Núm. 284657 y 284658, S.S.A. Clave REG-1888993 Clave NFE 1094/P/P/A.  
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Astesesen<sup>®</sup>

SENOSIAIN



Con excepción de las variables demográficas, las demás fueron agrupadas dentro de las siguientes dimensiones: experiencia profesional, formación técnico-pedagógica, formación disciplinaria y ejercicio profesional. En cada dimensión se consideraron dos categorías: **suficiente** y **adecuado** dependiendo de valores asignados a las variables.

## Definición de las Categorías

1. **Suficiente.** Para fines de este estudio se considera formación suficiente, aquella que reúne los elementos mínimos del perfil del profesor de Salud Pública, que se establece en el cuadro I.

Cuadro I

### Definición de categorías

DIMENSION	CATEGORIA	VARIABLE										
1. Experiencia profesional	Insuficiente	0-4 años de titulación										
	Suficiente	5-9 años de titulación										
	Adecuado	10 años y más de titulación										
2. Formación disciplinaria	Insuficiente	Sin posgrado, especialización clínica										
	Suficiente	Posgrado en alguna de las disciplinas y dos cursos de actualización en disciplinas del área, diferentes al posgrado										
	Adecuado	Especialización o maestría en Salud Pública, o maestría en alguna disciplina del área, más 3 cursos de actualización en diferentes disciplinas del posgrado										
3. Formación técnico-pedagógica	Insuficiente	0-1 curso de didáctica general										
	Suficiente	1 curso de didáctica general 1 curso de didáctica específica o especialidad en la docencia										
	Adecuado	3 ó más cursos de didáctica* y/o especialización en docencia o maestría en enseñanza superior más un curso de didáctica específica.										
		<table> <tr> <td>*General</td> <td>*Específica</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>3</td> </tr> </table>	*General	*Específica	3	0	1	2	2	1	0	3
*General	*Específica											
3	0											
1	2											
2	1											
0	3											
4. Ejercicio profesional en el sector salud	Insuficiente	Sin vinculación con los servicios de salud										
	Adecuado	Vinculación con los servicios de salud										

2. **Adecuado.** Se entiende en este estudio, como la formación disciplinaria más integral y relacionada con la salud pública, acompañada de la formación técnico-pedagógica dirigida a la enseñanza de la asignatura y del ejercicio profesional en el sector salud (Cuadro I).

## Medición

En una primera fase, la información se elaboró mediante la distribución de frecuencias de cada una de las variables, las cuales se relacionaron con porcentajes.

La segunda fase consistió en realizar una ponderación de la suficiencia y adecuación de cada profesor de acuerdo a los valores establecidos en el cuadro I, para expresarlos también en porcentajes, esta ponderación sólo se fundamenta en las respuestas de los profesores en el cuestionario lo que no evalúa el desempeño del profesor en el aula.

## Resultados

Del universo de estudio de 71 profesores de la asignatura de Salud Pública de la carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM que se encontraban en la nómina en 1991, 59 contestaron el cuestionario (83%).

Desde el punto de vista demográfico el 66% correspondió al sexo masculino con una razón de 1.9 hombres por mujer.

En relación con la edad, el rango estuvo entre 34 y 72 años, con un promedio de edad de 50.2 años. Casi las dos terceras partes de los docentes (59.3%) tenían entre 40 y 59 años de edad; los menores de 40 años y mayores de 60 años coincidieron con un 18.6% cada uno. El 75% de los profesores manifestó ser casado.

El 78% de los profesores tuvo un rango de antigüedad laboral en la UNAM de 10 a 29 años, y solo el 15% presentó una antigüedad menor.

En relación a la antigüedad en el departamento, el rango varió entre 1 y 32 años, y el promedio fue de 16.5 años. Del total, 41 profesores tenían entre 10 y 29 años, y sólo el 27% tenían menos de 9 años.

En cuanto al tipo de nombramiento 40 docentes (68%) eran profesores de asignatura, 7 (12%) titulares, 9 (15%) asociados, y 3 (6%) tenían nombramientos diferentes (Cuadro II).

**Cuadro II**

**Profesores de Salud Pública según categoría de nombramiento, Facultad de Medicina, UNAM 1991**

Categoría	No.	%
Profesor asignatura	40	67
Profesor titular	7	12
Profesor asociado	9	15
Ayudante de profesor	1	2
Técnico académico	1	2
Profesionista titulado	1	2
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de actualización curricular Departamento de Salud Pública

De acuerdo con el número de horas contratadas el 37% tenía menos de 10 horas, el 26% entre 10 y 39 horas, y el 34%, 40 horas.

Del total de profesores, 34 laboraban además en otras instituciones. El 65% de este grupo trabajaba en el sector salud (SSA, IMSS, ISSSTE y DIF) y el 35%, en otros sectores relacionados con el área de la salud (Cuadro III).

De acuerdo con jerarquía laboral, de la actividad que realizaban fuera de la UNAM, el 24% se ubicó en nivel de alto mando (directores y subdirectores), el 26% en nivel medio (jefes de departamento) y el 50%, en niveles operativos (asesores, médicos especialistas y otros).

Cuadro III

## Profesores que laboran en otra institución además de la UNAM

Institución	No.	%
SSA	10	29.0
ISSSTE	5	15.0
IMSS	5	15.0
DIF	2	6.0
Universidades	3	9.0
OPS	2	6.0
Otras*	7	20.0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100.0</b>

\*Incluye: Srta. del Trabajo, Iniciativa Privada, etc.

Fuente: Cédula de actualización curricular Departamento de Salud Pública

El 41% realizaba funciones eminentemente administrativas, el 53% de carácter técnico (docencia, investigación, asesoría y otras), y el 6% desarrollaba ambas funciones.

La formación disciplinaria se distribuyó de la siguiente forma: el 100% tiene licenciatura (93% de medicina, el resto corresponde a trabajo social, pedagogía y sociología). Del total de los profesores, 55 (93%) tienen estudios de posgrado. El nivel máximo de estudios fue estudios de especialidad el 14%; de maestría, el 76% y de doctorado el 3%, ninguno el 7%; el 56% tiene más de un posgrado (Cuadro IV).

El 56% de los profesores se formó en la maestría de Salud Pública. El resto del profesorado realizó estudios en especialidad, maestría y doctorado en disciplinas y ciencias en que se apoya la Salud Pública como son: la estadística, la epidemiología, la sociología, la historia, la psicología social y la medicina social.

El 75% se ha preparado para la docencia a través de cursos de didáctica general y de didáctica especializada. En esta última se incluyen los cursos: monográfico de la enseñanza de la medicina preventiva y social, el de homogeneización de la enseñanza de la Salud Pública, y el técnico-pedagógico para profesores de Salud Pública, así como el programa para los estudiantes de medicina que realizaban el servicio social en el entonces departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública. Además de cursos y talleres, el 5% de los profesores cursó la especialización para el ejercicio de la docencia y el 3% la maestría en enseñanza superior (Cuadro V).

Al realizar la ponderación de la suficiencia y adecuación de la formación del profesor de acuerdo a los valores establecidos en el cuadro I, los resultados fueron los siguientes:

En cuanto a la dimensión experiencia profesional, el 93% quedó incluido dentro de la categoría de adecuado, el 5%, en la de suficiente, y el 2% en la de insuficiente. En relación con la formación disciplinaria, adecuado 93% se agrupó en la categoría de adecuado; el 10% en la de suficiente, y el 14% en la de insuficiente 14% (Cuadro VI). En la dimensión técnico-pedagógica se consideró que el 36%, estaba en la categoría de adecuado, el 11% en la de suficiente, y el 53% en la de insuficiente. En la

Cuadro IV

## Profesores según número de posgrado

Número	No.	%
0	4	7
1	30	51
2	21	35
3	4	7
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de actualización curricular Departamento de Salud Pública

**Cuadro V**

**Profesores según tipo de formación técnico-pedagógica**

Formación	No.	%
Cursos	44	75
Especialización	3	5
Maestría	2	3
Ninguno	10	17
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de actualización curricular Departamento de Salud Pública

dimensión ejercicio profesional en el sector salud, el 78% se incluyó en la categoría de adecuado y el restante 22% en la categoría de insuficiente (Cuadro VI).

## Discusión

En este trabajo hemos querido describir las características demográficas y laborales de los

profesores, así como su formación disciplinaria y técnico-pedagógica y algunos aspectos de su experiencia profesional, a partir de sus respuestas a un cuestionario de actualización curricular.

Llama la atención que 71% de los profesores tiene una antigüedad en el departamento que va de los 10 a los 29 años, lo que aunado a que el 68% no es profesor de carrera, hace pensar en un sentido de arraigo a la enseñanza de la Salud Pública y al departamento mismo.

La mayoría de los profesores contratados por horas laboran también en otras instituciones, principalmente en el sector salud. Este hecho lo consideramos positivo pues se encuentran aplicando o dirigiendo los aspectos técnicos de la prevención y el control de los problemas colectivos de salud.

Destaca la formación disciplinaria y el nivel de la misma, ya que a diferencia de los datos citados en la introducción de este estudio, la gran mayoría de los docentes (95%) posee al menos un posgrado (el 84% tienen el grado, y el resto han cumplido con el 100% de los créditos y se encuentran en proceso de titulación), cabe mencionar que existen docentes que cuentan con

**Cuadro VI**

**Profesores según dimensiones y categoría**

Dimensiones	Categoría						Total	
	Insuficiente		Suficiente		Adecuado		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Experiencia profesional	1	2	3	5	55	93	59	100
Formación disciplinaria	8	14	6	10	45	76	59	100
Formación técnico-pedagógica	31	53	7	11	21	36	59	100
Ejercicio profesional en el sector salud	13	22	0	0	46	78	59	100

Fuente: Cédula de actualización curricular Departamento de Salud Pública

dos y hasta tres posgrados relacionados con el área de la salud pública.

En la formación técnico-pedagógica no se ha tenido el mismo desarrollo que en la disciplinaria, pues el 17% de los profesores contestó no haber tomado curso alguno, el 75% contestó haber tomado cursos y/o talleres de formación y actualización docente, y sólo el 5% tiene el nivel de especialidad y el 3% el de maestría.

En un intento por señalar la suficiencia o adecuación de los profesores para la enseñanza de la Salud Pública a partir de los datos que puede proporcionar un cuestionario, hemos encontrado un buen grado de suficiencia y adecuación al programa vigente, sobre todo en el campo disciplinario.

Desde nuestro punto de vista, aquel docente que ha tenido experiencia previa o que la tiene actualmente en el sector salud, posee mayores elementos para ilustrar su cátedra.

Los hallazgos de este estudio deben profundizarse realizando investigación centrada en la calidad de la enseñanza, la satisfacción de los alumnos con la asignatura y, por último, la evaluación del aprendizaje a través de instrumentos adecuados.

## Conclusiones

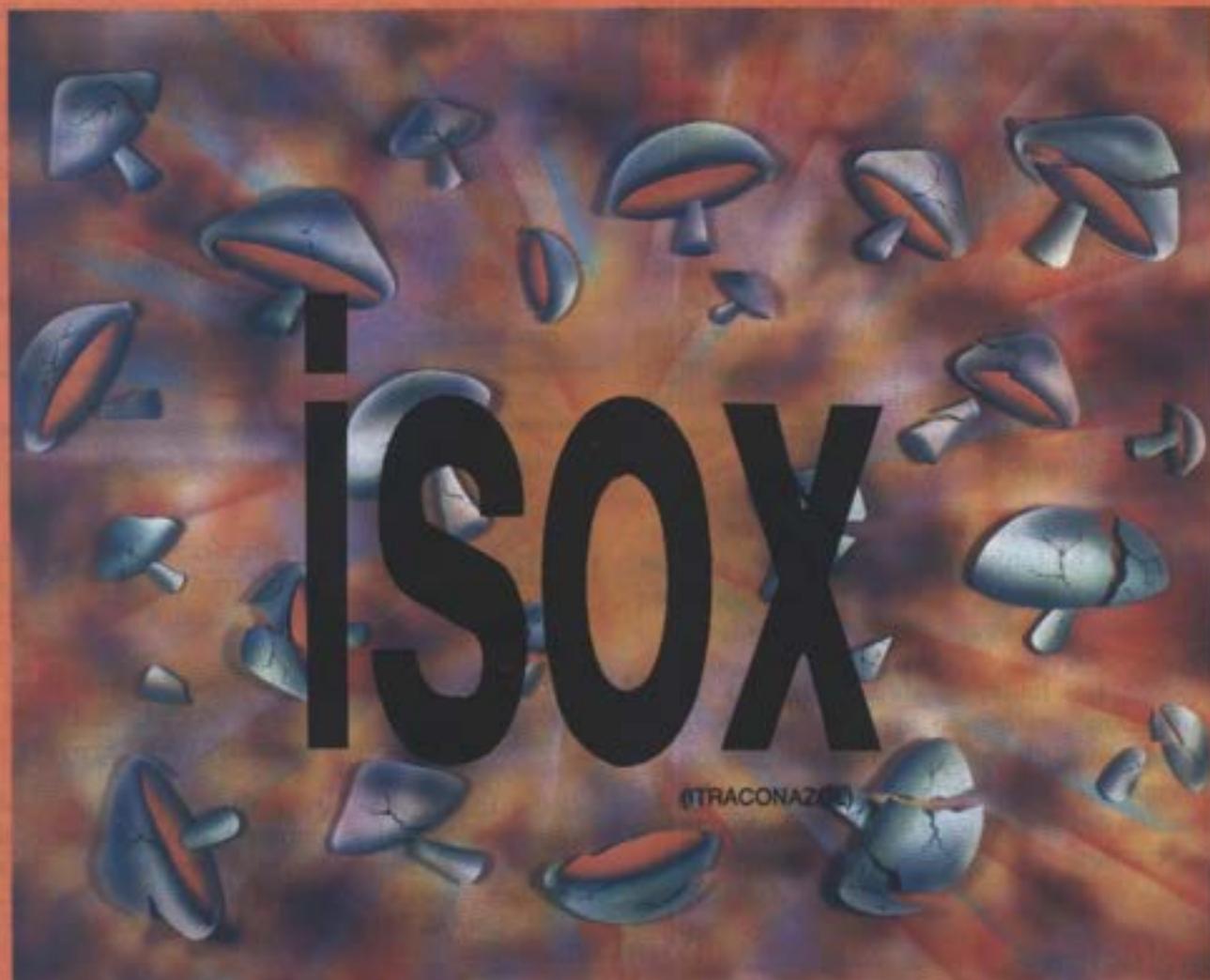
1. Los profesores de Salud Pública tienen arraigo en el departamento. Dicho arraigo es más notable en aquéllos con mayor antigüedad, que coincidentemente están contratados por horas y muchos de los cuales laboran simultáneamente en instituciones de salud.
2. La gran mayoría de los profesores tienen la formación disciplinaria adecuada al programa de salud pública que aplicaron de 1987 a 1991.
3. Es deseable una preparación más amplia en el aspecto técnico-pedagógico, y dirigida más sistemáticamente hacia la enseñanza de la Salud Pública.

4. Dado que un gran porcentaje de profesores cuenta con experiencia profesional en el sector salud, es conveniente que exista una mayor interacción con los profesores que dedican su tiempo completo a la práctica docente.
5. Sería conveniente que el Departamento de Salud Pública diseñara y ofreciera nuevos programas de formación, tanto disciplinaria como docente, con características dinámicas y flexibles que tuvieran como propósito preparar al profesor para mantenerse actualizado y para enfrentar mejor los cambios curriculares.

## Bibliografía

1. Arredondo, M., "El concepto de calidad en la educación superior", *Perfiles Educativos*, 19, CISE, UNAM, México, enero, febrero, marzo, 1983, p. 43.
2. Petra I., Talayero J. y Aguilar M. L., Eficacia del profesor. Actitudes y opiniones de los alumnos del curso de formación de profesores de psicología médica y psicología médica clínica. *Rev. Fac. Med.*, 33:4, UNAM, México, julio, agosto, 1990, pp. 241-248.
3. Facultad de Medicina. *Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano*, 1967, Facultad de Medicina, UNAM, México, septiembre, 1967.
4. Facultad de Medicina. *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano*, 1985, Facultad de Medicina, UNAM, agosto, 1985.
5. Alvarado, Ma. E., "Propuesta didáctica para la formación docente en una disciplina", *Perfiles Educativos*, 43-44, CISE, UNAM, México, enero, junio, 1989, p. 62.
6. Pérez Rivera, G., "La formación docente en la perspectiva del Centro de Didáctica y su proyección en el Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (CISE) de la UNAM", *Perfiles Educativos*, 38, CISE, octubre, noviembre, diciembre, 1987.

# Una Nueva Generación de Antimicóticos



Con Isox, eficacia superior al 90 %, mínima incidencia de efectos secundarios, alcanza elevadas, sostenidas y extensas concentraciones en las áreas afectadas.  
Cómoda posología, con una sola cápsula al día.

**FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION:** Cada cápsula contiene: itraconazol, 100 mg. Excipiente s.p.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPEUTICAS:** ISOX está indicado en el tratamiento de Tifas de diversa localización, causadas por dermatofitos de las especies *Trichophyton*, *Epidermophyton* o *Microsporum*. Micosis de piel y sus anexos causadas por hongos levaduriformes o mohos; Pitiriasis versicolor y micosis profundas (*Aspergillus*, *Cryptosporidium*, *Paracoccidioidomycosis*, *Coccidioidomycosis*, etc.) En el esquema de tratamiento como están contempladas las candidiasis vaginales agudas o crónicas y recurrentes. **CONTRAINDICACIONES:** Embarazo, lactancia e hipersensibilidad a los componentes de la fórmula. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Hasta el momento, en todos los estudios realizados con itraconazol, no se han reportado alteraciones en la función de los órganos vitales ni alteración en las concentraciones séricas basales ni estimuladas de hormona luteinizante, prolactina, tildioestimulante, adrenocorticotrópica. No hubo modificación de los andrógenos plasmáticos. Por esta razón, se concluyó que no se produjeron cambios asociados al medicamento en hipófisis, testículos ni adrenales. Los estudios de embriotoxicidad y teratogenicidad en ratas demostraron que 10 mg/kg no tuvieron efecto tóxico. En cuanto al potencial mutagénico del fármaco, se encontró que itraconazol carece de dicha propiedad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** El 5% de los pacientes tratados con ISOX pudieron reportar náuseas, pirosis, cefalea y vértigo. Dichos efectos secundarios han sido de naturaleza leve y transitoria. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Hasta el momento, las interacciones conocidas del itraconazol son con la rifampicina y fenitoína ya que pueden reducir los niveles plasmáticos del primero. Por esta razón se recomienda a los pacientes que lo reciben en forma concomitante, distanciar la toma por lo menos dos horas. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** La biodisponibilidad oral de ISOX en pacientes crónicos, se eleva por lo que se recomienda reducir la dosis en este tipo de pacientes. En insuficiencia renal la biodisponibilidad disminuye por lo que se recomienda ajustar la dosis. ISOX no produce efectos sobre la carcinogénesis. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** Oral. Para el tratamiento de tifas de cualquier localización, causadas por dermatofitos de las especies *Trichophyton*, *Epidermophyton* o *Microsporum*. Para Micosis de la piel y sus anexos causadas por diversos hongos levaduriformes o mohos y para el tratamiento de pitiriasis versicolor o micosis profundas, se recomienda utilizar la presentación de ISOX 150. En tifa de pie y palma se recomienda continuar el tratamiento por 15 días más. Para las micosis vaginales agudas, crónicas y recurrentes se sugiere utilizar ISOX 30. En todos los casos, la toma debe hacerse junto con un alimento, de otra manera la absorción del itraconazol puede verse disminuida. Para micosis crónicas y micosis profundas, no se ha logrado establecer esquemas fijos de tratamiento. En estos casos, la dosis es de una cápsula al día y la duración del tratamiento dependerá de la respuesta del paciente. En el caso del esquema de tratamiento 3 días se recomienda tomar dos cápsulas junto con un alimento durante los días señalados. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL:** MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado casos de sobredosificación o ingestas accidentales, por lo que no se dispone de información. **PRESENTACIONES:** ISOX 150 caja con 15 cápsulas de 100 mg cada una. ISOX 30 caja con 6 cápsulas de 100 mg cada una. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservarse en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

# El valor que dan los alumnos del primer año de medicina, UNAM, a la influencia que ejercieron sus estudios de preparatoria en su rendimiento escolar actual.

Dra. Ileana Petra Micu. *Médico Psiquiatra.*

Facultad de Medicina. Dept. de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.  
Tels. 5-48-82-74 y 6-23-21-30. Río Mixcoac No. 66-402. Col. del Valle. C.P. 03100.

Dr. José Antonio Talayero Uriarte. *Médico Psiquiatra.*

Facultad de Medicina. Dept. de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.  
Tels. 5-48-82-74 y 6-23-21-30. Río Mixcoac No. 66-402 Col. del Valle. C.P. 03100.

Dra. Claudia Fouilloux Morales. *Médico Psiquiatra.*

Facultad de Medicina. Dept. de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM.  
Tels. 5-48-82-74 y 6-23-21-28 y 29  
Emiliano Zapata No. 2, casa "B". Col. Miguel Hidalgo. C.P. 14410.

## Resumen

El alumno es directamente afectado por los conocimientos y técnicas de estudio que adquiere principalmente en la educación media superior y que le sirven de base para su futuro desempeño universitario. En esta investigación se recogieron las opiniones de estudiantes de medicina acerca del bachillerato, sobre dos áreas específicas: 1) La diferencia observada entre la enseñanza en el CCH y la facultad y si ésta repercutió o no en su rendimiento escolar y 2) Si la preparación fue adecuada para enfrentarse a las asignaturas del primer año de la carrera de medicina.

Se encuestó al 43% de la población que ingresó al primer año de medicina. De los 461 encuestados 167 (36%) alumnos son egresados del Colegio de Ciencias y Humanidades.

Consideramos que lo más necesario, es la comunicación e intercambio de ideas directas con las instituciones educativas —en este caso, Facultad de Medicina y el CCH—, con el fin de que se pueda desarrollar una programación secuencial entre la preparatoria y la licenciatura, tomando en consideración los avances científicos e intercambiando experiencias sobre los sistemas de enseñanza-aprendizaje y cómo afecta al estudiante y, permitiendo a las dos instituciones crear un sistema de retroalimentación y de información pertinente para el mejor desempeño escolar y profesional del futuro médico.

**PALABRAS CLAVES:** *estudiantes de medicina, preparación previa.*

Ya no es necesario...

Ahora  
eficacia  
con menos  
dosis

# CIPROFLOX

QUINOLONA DE 3ª. GENERACION  
ANTIMICROBIANO

- ★ Bien tolerado
- ★ No es inactivado por enzimas.
- ★ Carece de toxicidad auditiva, renal, hepática y ocular.
- ★ No requiere ajustar dosis aún en pacientes con insuficiencia renal.

**FORMULA:** Ciproflo. cada cápsula contiene 250 mg. y 500 mg. de Ciprofloxacina. **INDICACIONES:** Infecciones gastrointestinales, ginecológicas, de los tejidos blandos, urinarias, respiratorias, febriles, otitis, otitis y cualquier proceso infeccioso de origen bacteriano producido por gérmenes sensibles. **REACCIONES SECUNDARIAS:** Para todas las nuevas quinolonas, el índice de efectos colaterales parece ser muy bajo aunque se requiere de mayor experiencia clínica para una evaluación final de estos fármacos en las diferentes dosis y períodos de tratamiento. En cuanto a la Ciprofloxacina, podemos comentar que sus reacciones secundarias son de tipo gastrointestinal cuando se administra por vía oral, además, existen reportes de elevación de las transaminasas, mareos, náuseas y tinnitus. **PRECAUCIONES:** Como cualquier otro fármaco, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas. Sinus. No se ha establecido la eficacia y seguridad del fármaco en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Embarazo. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas, por lo que deben evaluarse los posibles riesgos/beneficios para la paciente. **CONTRINDICACIONES:** Se encuentra contraindicado en pacientes hipersensibles a este grupo de antimicrobianos. **INTERACCIONES FARMACOLOGICAS:** La combinación de Ciprofloxacina y Teofilina resulta en un aumento de la vida media de eliminación de esta última, por lo que se recomienda reducir la dosis durante el tratamiento con Ciprofloxacina. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** Se han realizado diversos estudios clínicos, revelando que dependiendo del sitio de localización de la infección, género, edad y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de Ciprofloxacina, siempre por la vía oral y por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Debemos señalar la posibilidad del tratamiento de infecciones del tracto urinario no complicadas, con dosis única. La absorción de Ciprofloxacina disminuye cuando se administra conjuntamente con alcohol. **PRESENTACION:** Caja con 12 cápsulas de 250 mg., caja con 6 cápsulas de 500 mg. y caja con 12 cápsulas de 500 mg.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAN, S.A. DE C.V.  
Carretera a San Luis Rey 201, Ex-Hda. Sta. Rita, Delgado, Qro.  
Licencia exclusiva para México. Su venta requiere receta médica.  
Reg. No. 203587 S.S.A. / M.D. SFE-1405/J.  
A Marca Registrada.

CIPROFLOX

SENOSIAN

SENOSIAN S.A.

## Summary

*Students are directly influenced by knowledge, and learning methods acquired during their prep years, and they will serve as their foundations in their university studies. To learn more about these influences, a opinion pole as done among first year medical students in which we asked for the differences between the learning system in prep school and what they found at the university level and if they considered that the change affected their medical studies. Was the preparation they recieved adequate to confront their new carrier?*

*461 questionnaires were applied (43% of the first year medical students), of those 167 (36%) students belonged to one type of prep school called science and humanities school and those were analysed in this paper.*

*Results show that it is vital for the university to maintain better contacts with these prep schools so as to develop sequential programming, taking into consideration new scientific information that must be translated into vital information for the students, to be able to exchange experiences on teaching and learning techniques and how they affect students, thus permitting the creation of a permanent flow of information from these two institutions.*

KEY WORDS: medical students, previous studies.

## Introducción

Con frecuencia los profesores de la Facultad de Medicina, UNAM, han considerado que la preparación con que llega el alumno a la carrera no es la más propicia, por no ofrecer al estudiante en forma preponderante los conocimientos básicos indispensables para comprender e integrar las temáticas de las asignaturas de la carrera de médico cirujano. Esta idea ha llevado a los maestros de algunas de las asignaturas a iniciar el ciclo escolar con una revisión de diversos tópicos de bachillerato con el fin de ayudar al alumno a recordar o a concientizar la importancia de esta información y que el manejo inadecuado de ellos repercutirá en su rendimiento. Además el aspirante a médico no puede ser sólo un "experto bachiller" en el área de la salud, sino que dado su contacto con seres humanos de todos los estratos sociales, de diversos niveles intelectuales y antecedentes formativos, deberá contar con un bagaje cultural amplio que funcione como una herramienta indispensable para su buen desempeño dentro del medio pues con ello logrará una comprensión integral del hombre enfermo.

La facultad ofrece un propósito único que es el de inculcar al estudiante un carácter y una conducta médica y que el alumno participe en su proceso de aprendizaje realizando una serie de

acciones, las cuales son positivas en la medida que lo llevan a lograr los objetos académicos planteados por la institución.<sup>1</sup> Pero el fundamento científico global ante la existencia y el conocimiento humano debió ser inculcado desde antes, en el bachillerato, en donde "la ciencia busca la verdad y aumenta la eficacia del hombre en los planos intelectual y técnico"<sup>5</sup> con el fin de educar con esta estructura y ensanchar el espíritu para mantener y mejorar una mente sana, abierta y ávida. El CCH, "fue propuesto y consolidado como un proyecto educativo innovador que entre otros aspectos planteó la necesidad de implantar nuevas estrategias para la transmisión de conocimientos, así como para el desarrollo en el alumno de actitudes acordes con las necesidades sociales del momento".<sup>2</sup> Mas ¿siente el alumno que se logró el propósito?

Existe en el hombre una tendencia natural a instruirse pues en su misma mente nace la curiosidad y la necesidad de manejar o convivir con su medio ambiente natural y social. Esa enorme capacidad científica se acompaña de otros fenómenos naturales como son: las emociones, funciones mentales que le dan "sentido" a sus acciones y forma las actitudes con que se enfrentará a su existencia y determinará su conducta en el futuro.

La forma de expresión de las actitudes de los jóvenes ante el aprendizaje puede explicarse como el "grado positivo o negativo del afecto que se asocia con cualquier objeto que se expresa a través de opiniones o conductas del individuo",<sup>7</sup> de ahí el interés de esta investigación por conocer las opiniones de los jóvenes sobre su estancia en el bachillerato y cómo ésta influyó sobre sus primeros meses en la facultad, esto debido a que la formación de actitudes implica una organización relativamente duradera de creencias acerca de un tema o concepto, que lo predispone a responder de determinada manera. Lo anterior requiere que desde su adolescencia (secundaria y especialmente preparatoria) se tome en consideración su disposición psicológica, adquirida y organizada a través de la propia experiencia; con un componente afectivo que predomina sobre lo cognoscitivo e incita al individuo a reaccionar y opinar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones y otorgando dirección y consistencia a las manifestaciones conductuales.

Durante los tres años en el CCH las actitudes desarrolladas poseen la tendencia a la acción, y moldean el comportamiento del sujeto inclinándolo a adoptar una serie de patrones conductuales que se observarán en su desempeño en la facultad.

Los productos del aprendizaje interrelacionados con los intereses y valores del joven, llevan a nuevos conocimientos y el desarrollo de habilidades en los sujetos. Entre estas últimas destaca su capacidad de trasladar o no una metodología de estudio a otro ámbito como es el universitario.

## Objetivo de la investigación

Como el alumno es el directamente afectado por los conocimientos y técnicas de estudio que adquiere en la educación media superior y le sirven de base para su futuro desempeño universitario, se decidió realizar una encuesta de opiniones para conocer su punto de vista sobre dos áreas:

- 1) la diferencia que observan entre la enseñanza en el CCH y la facultad y cómo consideran que les haya afectado en su rendimiento escolar y;
- 2) si consideran que recibieron una preparación adecuada para enfrentarse a las asignaturas del primer año de la carrera de médico.

## Análisis de los resultados

Se aplicaron 461 encuestas que corresponden al 43% de la población que ingresó al primer año de medicina. De los 461 encuestados 167 (36%) alumnos son egresados del Colegio de Ciencias y Humanidades.

La edad de los alumnos osciló entre los 17 y los 36 años con una media de 19 años, fueron 88 (52.6%) mujeres y 77 (46.1%) varones. El promedio que obtuvieron en la preparatoria fueron muy diversos, siendo de 6.4 a 9.6. El promedio del grupo femenino fue de 8.6 y en los estudiantes masculinos fue de 8.4.

Se les solicitó que señalaran cuáles eran los cambios más importantes en la forma de estudiar al pasar de preparatoria a la facultad de Medicina. Hubo 461 respuestas de las cuales 36 (79.6%) contestaron adecuadamente a la pregunta, los restantes fueron anulados por referirse a otras situaciones. De estos últimos, 165 se refieren al tiempo que tienen que dedicar a estudiar, señalando que requieren más tiempo al estudio (diario), que con frecuencia prolongan hasta la noche, lo que no les permite tiempo para descansar como lo hacían antes y algunos sintiendo que no les alcanza el tiempo para abarcar todo. Otros señalan que eso les ha obligado a organizar y administrar mejor sus tiempos. Otras 95 respuestas señalan que ya no estudiaban con tanta superficialidad y que se requería ser más exhaustivos y profundos, estudiar sin ruido y no con radios o televisores prendidos como antes, memorizar y entender lo que se está estudiando y no sólo aprender para pasar. Para lo anterior requerían de leer más libros y cambiar el ritmo del estudio.

51 de las respuestas señalaron que el cambio en la forma de estudio se reforzaba con

un cambio de actitud predominando términos como: mayor responsabilidad, dedicación, disciplina, constancia, tomar en serio la carrera y algunos que se sienten estimulados por todo lo que tienen que estudiar para seguir aprendiendo.

A la pregunta sobre si estos cambios afectaron su estado de ánimo y si repercutieron en su rendimiento escolar, sólo 24 (14%) de los encuestados dice no haber sido afectados por el cambio. De los demás, los sentimientos más frecuentes estaban entre el *stress* y la añoranza. *Stress* porque se sienten presionados a rendir y esto se acompaña de cansancio, que se traduce además en cuadros de depresión, llanto, frustración y sentimientos de autodevaluación o en cambios en el estado de ánimo como la desesperación, mal humor o malestar hacia lo que le rodeaba.

La otra mitad deja entrever una añoranza por su época preparatoria, cuando tenían tiempo de estar con su familia y amistades, cuando podían preocuparse por sí mismos y, cómo ahora ya no son "tan bromistas", y requieren a veces disminuir el ritmo de estudios por cierto grado de desánimo.

Casi el 80% refiere que han ido superando poco a poco estos problemas y que creen que podrán seguir adelante aunque sin que desaparezca la angustia por completo ni el cansancio.

En cuanto a la utilidad de los conocimientos que adquirió en la preparatoria como base para las diversas asignaturas encontramos que:

**Bioquímica.** El 66% (110 estudiantes) indicaron que los conocimientos de la preparatoria le sirvieron poco, refiriendo 55 de ellos que el programa era impartido en forma superficial con un bajo nivel académico y 26 porque la asignatura que llevaron se encamina más hacia los aspectos inorgánicos con escaso énfasis en los aspectos orgánicos; 19 culpan al profesor por faltista, malo o por no cubrir el programa. Sólo 11 (6%) consideraron que tuvieron clases y profesores de buen nivel académico.

**Morfología.** Es una asignatura que integra tres disciplinas: Anatomía, Histología y Embriología. El alumno refirió de la impartición de una materia llamada Ciencias de la Salud o a Biología, pero en ambos casos señalan que la programación tiene poco que ver con lo que se ve en la facultad, en ellas se explora un poco de Anatomía y prácticamente nada de Embriología e Histología, por lo que 100 alumnos (60%) aceptaron haber visto un poco, 60 (36%) nada y un 4% (7 alumnos) consideraron haber recibido suficiente información. Lo interesante es que siendo la materia "Ciencias de la Salud" optativa, teóricamente adecuada para aquél que piensa en estudiar medicina, 51 alumnos (30%) afirman que no había una materia que les pudiera servir, aparte quizás un poco de la Biología. Los que llevaron estas asignaturas afirmaron en un 52% (88 alumnos) de los encuestados que la materia fue impartida en forma superficial.

## Psicología médica

La Psicología es una materia optativa en el tercer año, encontramos que 25 alumnos (15%) no la llevaron, cabría preguntarse si ignoraban que fuera a servirles en medicina. Por otra parte 34 encuestados (20%) afirmaron haber llevado un excelente curso con un buen profesor y por otro lado, 51 estudiantes (30%) señalan que la materia sirvió un poco, porque frecuentemente era vista en forma superficial para sus clases en la facultad. 36 alumnos (22%) señalan que el enfoque y el programa recibido difieren con mucho de lo que están viendo actualmente, lo que ha confundido a algunos, y si lo aunamos a la cifra anterior de estudiantes que sintieron que en algo los ayudó (30%) entonces el 52% de todos los encuestados señalan problemas en el programa que no permiten prepararlos para la carrera. El 28% restante de los comentarios hablan de profesores faltistas (6%), programas no cumplidos (7%), etc.

## Seminarios de Integración y Comunidad

Materia que introduce al alumno a la medicina, correlacionando las asignaturas de primer año, ofreciendo algunas estadísticas de morbilidad y mortandad y llevando al alumno a comunidades económicamente bajas en busca de factores que in-

fluyen en la salud del individuo. En la encuesta, 79 jóvenes (47%) afirmó nunca haber visto una asignatura parecida a ésta; 54 estudiantes (32%) creen que "algo" vieron distribuido a lo largo de varias asignaturas y un 20% afirma que sí fueron preparados para ella al haber aprendido a expresarse en público, con los trabajos de comunidad que algunas materias les encargaban y en general por la orientación del Colegio de Ciencias y Humanidades semejante al de Seminarios de Integración y Comunidad.

Por último, se les pidió que señalaran un aspecto positivo del sistema preparatorio que llevaron y uno negativo. El 40% de los egresados del CCH refieren que desarrollaron una iniciativa propia para investigar, estudiar y funcionar en forma autodidáctica. El 25% consideraron que lo más importante fue aprender a expresarse frente a un grupo y poder manifestar sus propias ideas. Un 9% refirió que adquirió mayor responsabilidad, crítica y razonamiento durante esos tres años y el 26% restante gustaba de la libertad de seleccionar programas o alababan a algunos de sus profesores, entre otros comentarios.

Por el lado negativo, el 44% de los encuestados nos señalan que tienen profesores faltistas, o que no pueden o no quieren dar buenas clases. Consideran también que el sistema sí crea en algunos una responsabilidad ante los estudios pero que eso se traduce -en otros estudiantes- en irresponsabilidad, falta de hábitos de estudio y desinterés. En cuanto al programa, el 41% comentan que se debiera reestructurar el programa tomando en cuenta que con frecuencia los temas se imparten superficialmente, que no se planean materias dirigidas hacia la carrera que se elige, que es importante levantar el nivel académico del programa y favorecer un mejor ambiente de enseñanza.

## Conclusiones

El paso de los alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades a la Facultad de Medicina, UNAM, implica enfrentarse a un sistema educativo muy diferente del que estaban acostumbrados, como fue un aumento repentino en el número de horas que tenían que dedicarle al

estudio, con todos los trastornos que esto implicó para su vida familiar y social y para sí mismos. El hecho de tener que adquirir nuevos hábitos de estudio, leer más libros y administrar mejor sus tiempos de estudio; modificaron sus estados de ánimo con la aparición del *stress*, depresión, irritabilidad, etc., y aunque consideramos que la añoranza que manifiesta el joven por sus días de preparatoria sea un recuerdo positivo, también nos hace pensar en el porqué de tanto tiempo libre y la perseverancia de la costumbre de estudiar sólo antes de un examen o el de entregar un trabajo para aprobar. Por otro lado, existe optimismo en el alumno que está convencido de que puede superar estos problemas y seguir adelante en su carrera.

Al analizar cada uno de los antecedentes que el alumno refiere tener para enfrentarse a las asignaturas del primer año de la carrera de médico cirujano, concluimos:

1. Se requiere un análisis conjunto del CCH y la Facultad de Medicina, de los programas de las materias de Química (orgánica e inorgánica), Biología, Ciencias de la Salud y Psicología, para formular un temario más afín con las asignaturas de la licenciatura y así preparar al alumno para desarrollar mejor su carrera profesional.
2. En la facultad se ha demostrado que la capacidad de trabajo del joven es mucho mayor de la exigida en CCH ya que el mismo estudiante considera que muchas de las materias de la preparatoria fueron impartidas en forma superficial, sería conveniente analizar y de ser posible lograr que los programas sean de mayor profundidad y amplitud en cada una de las asignaturas mencionadas.
3. Asegurarse que el alumno de tercero de bachillerato esté informado qué materias optativas como Ciencias de la Salud y Psicología son indispensables para aquéllos que desean estudiar medicina, o, considerar la posibilidad de que estas dos materias optativas se vuelvan obligatorias.

Para finalizar, consideramos que lo más necesario, es la comunicación e intercambio de ideas directas con las instituciones educativas, en este caso Facultad de Medicina y el CCH, con el fin de que se pueda desarrollar una programación secuencial entre la preparatoria y la licenciatura, tomando en consideración los avances científicos que deben ser traducidos en información vital para el alumno, intercambiando experiencias sobre los sistemas de enseñanza-aprendizaje y cómo afecta al estudiante y, permitiendo a las dos instituciones crear un sistema de retroalimentación y de información pertinente para el mejor desempeño escolar y profesional del futuro médico.



## Bibliografía

- 1 Berlanga, F., Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. "Apoyemos al alumno". 1983; 26:6: 250-251.
- 2 Cabello, V., Murillo, H., Perfiles Educativos. Programa de formación para el ejercicio de la docencia en el bachillerato del CCH. 40; (abril-mayo-junio), 1987, 36-50.
- 3 Cano-Valle, F., Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Plan de Estudios de la Licenciatura de Médico Cirujano. Editorial. 1985; 28:4 (octubre-diciembre), 259-262.
- 4 Colinabarranco, M., Morales, H., Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. "Las universidades en las estrategias de salud para todos en el año 2000". 1988; 31:2 (marzo-abril): 51-55.
- 5 Cruz, A., García, M., Revista de la Facultad de Medicina. UNAM. Reflexiones acerca de algunas tendencias de la ciencia en México. 1989; 32:3 (mayo-junio) 83.
- 6 Díaz, F., Perfiles Educativos. 37, (julio-agosto-sep.) El pensamiento del adolescente y el diseño curricular en educación media superior. 1987; 83-84.
- 7 Fernández, M. E., Revista de la Facultad de Medicina, UNAM. Un enfoque psicopedagógico de las actitudes y su enseñanza en el aula. 1983; 26:5, 239-247.

Para que el dolor y la rigidez  
No limiten la actividad de su paciente

# Facicam<sup>20</sup>mg

(piroxicam) Actividad con una cápsula al día

Antiinflamatorio, antirreumático con acción analgésica  
Alcanza niveles terapéuticos desde la 1a. hr. los que se mantienen estables por 24 hrs. con una cápsula al día



**FORMULA:** Cada cápsula de FACICAM contiene Piroxicam 10 y 20 mg. Excipiente s.o. **INDICACIONES:** FACICAM es un agente antiinflamatorio, analgésico, y antirreumático no esteroide que está indicado en: **ENFERMEDADES REUMÁTICAS ARTICULARES:** artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gástrica, osteoartritis. **ENFERMEDADES REUMÁTICAS EXTRAARTICULARES:** fibrositis, periartritis escapulohumeral (hombro doloroso), bursitis, tendinitis, ateciones musculoesqueléticas traumáticas y deportivas, contusiones, esguinces, luxaciones, desgarramientos musculares. Dismenorrea primaria. **CONTRAINDICACIONES:** No se administre durante el embarazo, lactancia y niños menores de 2 años. Úlcera péptica activa. En pacientes con antecedentes de asma, crisis o úlcera por la administración de ácido acetilsalicílico y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas, hipertensión arterial severa, discrasias sanguíneas, insuficiencia cardíaca, renal y hepática. **PRECAUCIONES:** Vigilar la administración de FACICAM en pacientes con antecedentes de enfermedad del tracto gastrointestinal alto. No se ha establecido la dosis para niños. Durante el embarazo, los productos que inhiben la síntesis de prostaglandinas se asocian con abortos y retraso del parto en animales, cuando esto se continúa hasta el final del embarazo. Evitar su uso en problemas inflamatorios y dolencias comunes, sin prescripción del médico. **REACCIONES SECUNDARIAS:** FACICAM es bien tolerado, ocasionalmente puede presentarse síntomas gastrointestinales como epigastralgias, náuseas, anorexia, hinchazón, malestar abdominal, flatulencia, diarrea, indigestión, sangrado gastrointestinal, perforación y úlcera, en un porcentaje mínimo se ha informado de edema, efectos sobre sistema nervioso central tales como mareo, cefalea, somnolencia, insomnio, depresión, nerviosismo, alucinaciones, modificaciones en el carácter, anomalía en el sueño, confusión mental, parestesia y vértigo. Reacciones de hipersensibilidad cutánea, generalmente como rash y prurito. Al igual que con otros antiinflamatorios no esteroideos se puede presentar Síndrome de Stevens-Johnson y necrosis epidérmica tóxica. Desorden en la Hemoglobina y Hematocrito, sin que se hallen asociados a sangrado evidente, se han informado casos de anemia, trombocitopenia y purpura no trombocitopénica, leucopenia y eosinofilia y raras de anemia aplásica y epistaxis, ictericia y hepatitis, palpaciones y diuresis, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, insuficiencia renal (en personas de edad avanzada y diabéticas), y descompensación del paciente con insuficiencia cardíaca. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Al igual que otros AINES FACICAM puede interferir con la acción diurética de los diuréticos. **PRECAUCIÓN Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** No existen evidencias de efectos teratogénicos, mutagénicos ni sobre la fertilidad. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Administración oral, una cápsula de 20 mg al día, en enfermedades musculoesqueléticas agudas se recomienda utilizar dos cápsulas de 20 mg los primeros 2 días y posteriormente la dosis se reduce a una cápsula de 20 mg al día. Una minoría de pacientes pueden responder a la dosis de 10 mg. Duración mínima del tratamiento. De 8 a 12 semanas, en enfermedades reumáticas articulares. Aunque los efectos terapéuticos de FACICAM son evidentes en los primeros días de tratamiento, hay un incremento progresivo en la respuesta después de varias semanas, por lo que la efectividad de la terapia no debe ser valorada antes de 2 semanas. En el tratamiento del dolor de la dismenorrea primaria se recomienda iniciar con 40 mg al día en el inicio de la sintomatología los primeros dos días, seguidos de 20 mg al día hasta el final de la menstruación. **SOBREDOSIFICACIÓN:** en su caso deben darse las medidas de soporte y la administración de carbón activado. **PRESENTACION:** CAJA CON 20 CAPSULAS DE 20 MG, CAJA CON 20 CAPSULAS DE 10 MG. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** conservarse en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Ex-Hacienda de Sta. Rita  
Camino a San Luis Rey 221, Ex-Hdz. Sta. Rita Celix, Gto.  
Reg. Núm. 022M2 S.S.A.; Clave I. Med. I.EJ-19366/93 Clave RFE-13021 P.P.A.  
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

**Facicam<sup>R</sup>**  
SENOSIAIN

FACI-01-93A

# Nuevos caminos, una propuesta para el trabajo comunitario en áreas marginadas urbanas<sup>1</sup>

Dra. Rosalva C. Vargas Almaraz.<sup>2</sup>

Loma Florida No. 2020. Lomas de Agua Caliente, 1a. Secc.  
Tijuana, BC. Tel.: 81-68-00.

Dr. Héctor Rivera Valenzuela.<sup>3</sup>

## Resumen

En este trabajo se propone una forma de manejar los problemas de salud de las comunidades urbanas marginadas del estado de BC, partiendo de las experiencias obtenidas en proyectos de atención a zonas marginadas rurales, realizadas desde hace más de 10 años, se describen los propósitos institucionales, tanto docentes como de servicio, así como los objetivos que intentan reforzar el aprendizaje a través de la motivación que surge del trabajo comunitario, que otorga atención médica a las comunidades más necesitadas, la infraestructura necesaria y las posibles fuentes de financiamiento.

La propuesta se hace con el objeto de que pueda ser reproducida en cualquier escuela de medicina.

## Summary

*In this paper a proposal is made to deal with health problems among the low-income urban communities of the state of Baja California taking advantage of the experiences obtained from care projects to these sectors since 10 years ago. It is described the institutional purposes both educational and of health care services, as well as the objectives that intend to enhance learning through motivation that arise from community work, at the same time care services are provided to the most needed communities, also is discuss in the article the resources necessary to implement the program as well as possible sources of financing.*

*This proposal is made to all schools of medicine for its possible duplication.*

<sup>1</sup> Ponencia presentada en la "1Reunión Anual de AFMES" en Tampico, Tam., junio, 1992.

<sup>2</sup> Profesor de tiempo completo. Fac. de Med. Tijuana. UABC.

<sup>3</sup> Profesor de tiempo completo. Fac. de Med. Tijuana. UABC.

Encontrar en los estudiantes de medicina una alta motivación para el servicio, detectar las graves necesidades de las zonas urbanas marginadas, la búsqueda de nuevas formas de vinculación con la comunidad que resuelvan los problemas de salud de los sectores más necesitados de las áreas urbanas, nos llevan a presentar esta propuesta.

## Justificación

Poseer un centro establecido en una zona bien identificada y comunicada, en donde se ofrezca como servicio social, educación para el mantenimiento y cuidado de la salud, atención médica del primer nivel y asesoría específica para manejo de padecimientos o situaciones especiales, puede significar un buen avance en la prestación del servicio social y la extensión universitaria. Sin embargo, estamos conscientes de que la población que acude a este tipo de centros es aquella que sociológicamente se encuentra clasificada como clase media baja, un núcleo que posee cierta instrucción escolarizada, trabajo estable, incluso servicios asistenciales, pero que prefiere los servicios universitarios por otras razones como: rapidez, atención más personalizada, burocratismo poco frecuente, etc.

Aquellas familias verdaderamente necesitadas de ayuda, se encuentran prácticamente en la indigencia, carecen de escolaridad, trabajo estable, prestaciones sociales, vivienda adecuada, etc., y en nuestra región además, casi siempre proceden de otras entidades federativas, lo que hace que a su ignorancia y pobreza se sume una marcada desubicación social en relación al lugar donde se encuentran; poseen además un rasgo muy marcado de dignidad que les impide mendigar la ayuda de los demás. Estas familias se encuentran ubicadas físicamente en zonas de difícil acceso, pobre vialidad, comunicación deficiente y carencia de servicios. Son éstas las comunidades que requieren de una ayuda efectiva, otorgada no como una dádiva paternalista del gobierno, sino como un ineludible derecho humano; una ayuda que consista no en otorgar sino en enseñar, es decir, ofrecer los elementos necesarios para que a mediano plazo, con un enfoque de autorres-

ponsabilidad compartida se logren los cambios necesarios para abatir la pobreza.

Una de sus necesidades más apremiantes es ayudarles a restituir y/o mantener su estado de salud, sin cuya presencia, su ya de por sí precaria situación, se vuelve crítica.

Los enunciados anteriores justifican el desarrollo del CUMAI (Centro Universitario Médico Asistencial y de Investigación) Viajero.

## Propósitos institucionales

### En docencia

Propiciar los elementos necesarios para que el alumno, logre desarrollar de manera óptima el proceso de enseñanza-aprendizaje.

### En servicio

Otorgar atención médica del primer nivel, consistente en realizar acciones de promoción de salud, prevención, protección específica, planificación familiar y atención de las patologías que no requieren hospitalización, ni del conocimiento especializado en alguna de las áreas médicas, propiciando la vinculación efectiva de las instituciones educativas con la comunidad, haciendo suyo el principio enmarcado en las declaraciones de Alma-Ata de llevar la atención a la salud lo más cerca posible al lugar donde residen y trabajan las personas.

## Objetivos generales

### En docencia

- Reforzar el aprendizaje a través de la práctica.
- Estimular la motivación del alumno, al ponerlo en contacto tempranamente con la comunidad.
- Incrementar su autoestima.
- Evidenciar sus conocimientos y las carencias de ellos.
- Fortalecer la integración grupal.

### En servicio

- Otorgar a las comunidades elegidas atención médica del primer nivel.

- Ofrecer a las personas enseñanza constante para ayudarlos a mantener y conservar su salud, a través de técnicas higiénico-dietéticas congruentes con sus posibilidades económicas, su nivel de escolaridad y sus formas culturales de vida.
- Realizar campañas de vacunación de enfermedades infectocontagiosas en menores de edad, en coordinación con las instituciones de salud.
- Referir a los pacientes que requieran de atención especializada a las instituciones de salud correspondientes, previo convenio con las mismas.
- Realizar investigaciones epidemiológicas en las comunidades visitadas, a fin de ofrecer programas tendientes a abatir los problemas prioritarios de salud en ellas.
- En el área de nutrición, enseñar a las madres de familia a elaborar menús con productos de alto nivel nutritivo, precio económico y fácil adquisición.
- Lograr un efectivo seguimiento que permita a los alumnos observar directamente el resultado de su intervención, en los individuos, las familias y la comunidad.

## Recursos físicos

- 1 Unidad móvil para trabajo pesado tipo Van.
- 1 Unidad móvil para pasajeros tipo Van (10-14 pasajeros).
- 4 Tiendas de campaña tipo iglú para 6 personas.  
Herramienta para montaje del campamento.
- 4 Mesas portátiles.
- 4 Catres de campaña.
- 20 Sillas plegables.
- 2 Toldos de lona.
- 3 Máquinas de escribir portátiles.
- 3 Botiquines de medicamentos básicos.
- 3 Botiquines de primeros auxilios.
- 1 Equipo de sonido para auto (altoparlante).  
Materiales y equipo para curación.

Biológicos para vacunación.

Material audiovisual de apoyo.

3 Estetoscopios.

3 Estuches de diagnóstico.

3 Básculas portátiles.

Reactivos para detección rápida de diabetes.

Material para toma de muestras de laboratorio.

## Recursos humanos

2 Maestros de tiempo completo.

3 Pasantes de medicina de tiempo completo.

3 Pasantes de enfermería de tiempo completo.

2 Choferes.

6 Alumnos de la facultad.

## Costo global del proyecto

Equipo de transporte	20 000.00 dls.
Equipo móvil	3 000.00 dls.
Material y equipo médico	3 000.00 dls.
Costo total inicial	26 000.00 dls.

## Costo mínimo de operación

### SUELDOS

2 coordinadores

2 choferes

3 pasantes de medicina

3 pasantes de enfermería

9 500 000.00 M.N.  
(mensuales)

## Determinación de comunidades

La Facultad de Medicina determinará las áreas en donde se ofrecerá el servicio en base a los siguientes parámetros:

- a) Accesibilidad a la zona.
- b) Número de familias ubicadas en ellas.

- c) Facilidad de acceso a otro tipo de servicios médicos.
- d) Posibilidades de ubicación del campamento.
- e) Interés de miembros de la comunidad por participar activamente como promotores voluntarios, y en la búsqueda de apoyos logísticos para la realización de la actividad.

Una vez determinada la ubicación de las zonas se realizarán las siguientes actividades.

## Descripción de actividades

- Se integrarán tres brigadas conformadas por:
  - Un médico pasante en servicio social.
  - Una enfermera en servicio social.
  - Tres alumnos de la facultad.
  - Dos supervisores (para las tres brigadas).
  - Dos choferes (para las tres brigadas).
- Las brigadas saldrán tres veces por semana, una a cada comunidad elegida.
- El punto de reunión será la Unidad Universitaria.
- Salida 7:30 de la mañana al lugar correspondiente.
- Llegada entre 8:00 y 8:15 de la mañana.
- De 8:15 a 8:45 montaje del campamento por 6 miembros del grupo.
- Promoción en la comunidad y zonas de influencia de los servicios y horario de los mismos.
- Inicio de actividades, 9:00 horas.
- Desarrollo de 9:00 a 13:30 horas, ofreciendo servicios de consulta y simultáneamente pláticas y asesoría para conservación y mantenimiento de la salud.
- Levantar el campamento de 13:30 a 14:00 horas.
- Traslado a la Unidad Universitaria de 14:00 a 14:45 horas.
- Las actividades se realizarán en días y horarios fijos en cada una de las comunidades.

- Un día a la semana, se reunirán las brigadas completas en la sala de juntas de la facultad, con los coordinadores del proyecto y el director de la facultad, con el fin de presentar un informe de actividades y planear las estrategias de la siguiente semana.

## Actividades por áreas

**Médicos pasantes en servicio social.** Su función fundamental consistirá en ofrecer consulta abierta a quien así lo solicite, aprovechando la consulta para realizar detección oportuna de hipertensión arterial, Ca.w, diabetes y otras. Cualquier duda que surja durante el desarrollo de sus actividades será consultada con alguno de los coordinadores.

En caso de que el problema del paciente amerite traslado o referencia para manejo de 2do. nivel, deberá ser canalizado con una hoja de traslado al servicio de salud correspondiente.

Un día por semana cada pasante ofrecerá una plática de educación para la salud.

**Enfermeras en servicio social.** Realizarán funciones de apoyo, como toma de muestras, ayuda en caso de pequeñas cirugías, curaciones, vacunaciones, etc.

Realizarán además promoción en la comunidad para que los colonos acudan al servicio.

**Alumnos de la facultad.** Realizarán acciones de promoción de salud en pláticas personales o grupales, enseñando el manejo de normas higiénico-dietéticas, a los miembros de la comunidad.

Recabarán información para estudios epidemiológicos a través de encuestas, entrevistas, etc.

Ayudarán a los pasantes en la elaboración de fichas clínicas o notas de traslado.

**Coordinadores.** Supervisarán las actividades, siendo los responsables ante la dirección de la facultad del cumplimiento de todas las acciones que marque el programa y de la veracidad de los datos recabados para investigación.

## Obtención de recursos

**Recursos económicos.** Serán solicitados al Programa Nacional de Solidaridad, o a fuentes alter-

nas de financiamiento como OPS, FUNSALUD, otras instituciones privadas que financian proyectos de esta índole que funcionan a nivel local como el Patronato de Medicina Comunitaria que inició la Fundación *Project Concern*, el FAS (Fundación de Apoyo Social).

**Recursos Humanos.** Los coordinadores serán nombrados por la dirección de la facultad, con plazas temporales de tiempo completo, mientras dure el proyecto.

Los pasantes tendrán plaza de institución de origen y serán seleccionados por la dirección de la facultad bajo las normas que al efecto se determinen.

Los alumnos serán seleccionados por la dirección de la facultad, bajo las normas que al efecto se determinen.

## Vigencia del proyecto

El proyecto tendrá una vigencia de 2 años, al término de los cuales y una vez evaluado, podrá convertirse en un programa permanente, cuyas sedes de trabajo se rotarán en función directa a la solución de los problemas existentes.

## Consideraciones finales

En congruencia con el proyecto académico de la UABC 1992-1995 que busca "intensificar sus apoyos en beneficio de los sectores marginados de la sociedad, los migrantes y los habitantes del medio rural del estado..." pretendemos involucrar a los miembros de la comunidad en el servicio, procurando capacitarlos para resolver problemas de salud en el momento que se necesiten, con el propósito de eliminar toda actitud que "propicie el paternalismo y asistencialismo". Se incluirán paulatinamente prestadores de servicio social de otras disciplinas, buscando que "los egresados hagan suya la responsabilidad de contribuir con su experiencia y conocimientos al engrandecimiento de su institución educativa" y a la solución de los problemas de las comunidades menos favorecidas.





# El perfil profesional del médico general en el área de la salud pública.

Dr. Eleuterio González Carbajal.<sup>1</sup>

## Introducción

Mucho se ha dicho y escrito acerca de los caracteres del médico mexicano actualmente en ejercicio, de los que adquiere durante su formación y de aquéllos que idealmente debiera reunir. En todos los casos se coincide en que los componentes de que carece el médico, en ejercicio y durante su formación, son particularmente del área genéricamente denominada salud pública, es decir, aquéllos que favorecen la conservación y el impulso a la salud, a la prevención de enfermedades e invalidez y al estudio y atención a la salud de grupos de población.

Dicho en otras palabras, el perfil del médico, además de la preparación clínica para el diagnóstico y manejo de problemas de salud en el paciente individual, requiere de aquello que le permita por un lado hacer de la prevención el principio fundamental de la atención de la salud humana y por otro el diagnóstico y manejo de problemas de salud de colectividades.

Con base en la información existente y en la experiencia personal del autor, se expone enseguida el componente de salud pública que debe poseer el médico mexicano; para ello se consideraron las necesidades presentes y futuras de la salud pública en el país, los avances más relevantes de las ciencias y técnicas auxiliares de la salud pública, en la organización y programas del sector salud y del sector educativo y en los caracteres del ejercicio de la profesión médica. Fue elemento fundamental la filosofía, conceptos y métodos recientes en el campo de la medicina preventiva y de la medicina social.

Este componente debe considerarse como la definición más precisa del área de la salud pública que debe poseer el perfil académico profesional del médico general que incluye las cualidades éticas y humanísticas como persona, la formación intelectual en conocimientos, actitudes científicas y de investigación, y las actividades, procedimientos y tareas propias del nivel primario de atención médica. Todo ello conformado en un enfoque totalizador del ejercicio de la medicina general que se adquiere durante los estudios de la licenciatura, se aplica y conserva a lo largo de la práctica profesional, y se renueva y refuerza a través de la educación médica y continua, susceptible de perfeccionarse en estudios de posgrado.

La presentación de este perfil permite al médico autoevaluar su práctica, a las instituciones de servicio formular o reformular los profesiogramas y a las instituciones educativas revisar sus planes y programas de estudio.

Los caracteres se agrupan por necesidades de exposición en áreas del saber, del quehacer, y del ser médico en la inteligencia que en la realidad se encuentran inextricablemente mezcladas y confundidas entre sí.

## El saber

El médico general debe saber en el campo de la prevención y el estudio y atención de la salud de grupos de población y la forma de contribuir al enriquecimiento de las ciencias sanitarias:

1. La estructura y el funcionamiento general de las colectividades humanas, los mecanismos

<sup>1</sup> Facultad de Medicina, UNAM.

- de las enfermedades y procesos patológicos que pueden afectarlas.
2. Los fundamentos conceptuales y metodológicos de la Medicina Preventiva, de la Medicina Social y de la Salud Pública.
  3. Los conceptos y técnicas básicas de la epidemiología, la bioestadística, las ciencias sociales, la administración, el saneamiento del medio y la educación para la salud.
  4. La situación de la salud colectiva en México.
  5. La interrelación que guardan las condiciones de salud de las poblaciones con el ambiente natural, con la evolución y perspectivas socioeconómicas y culturales, con los recursos disponibles para la atención de la salud y su organización, con el deterioro y la contaminación del ambiente, con el control sanitario y la política gubernamental en ese campo.
  6. Las medidas generales aplicables a las personas, al ambiente y a los agentes patógenos para lograr el fomento de la salud y la prevención y control de las enfermedades.
  7. Los factores y los mecanismos que dan lugar a la presencia de la salud y de la enfermedad y su distribución en las poblaciones humanas.
  8. Los pasos y técnicas para elaborar diagnósticos simplificados de salud de poblaciones y los necesarios para elaborar y evaluar programas de salud pública en servicios locales.
  9. La organización, los recursos y los programas para atender problemas colectivos de salud, aplicables a unidades locales.
  10. Las bases generales científicas y éticas de la investigación en el campo de la sociomedicina.
  11. Los fundamentos técnicos a tomar en cuenta en la elaboración y desarrollo de protocolos simplificados de investigación sociomédica.
  12. Las bases elementales del proceso enseñanza-aprendizaje y las técnicas didácticas más usuales en la docencia de la Salud Pública.
  13. Las principales fuentes de actualización de conocimientos en el campo de la Salud Pública, la Medicina Preventiva y la Medicina Social.
  14. Las bases legales generales para algunas acciones médicas en Salud Pública: notificaciones, certificado de salud y de defunción.

### El quehacer

En el servicio, en la investigación y en la docencia en el área de la Salud Pública, el médico debe:

1. Aplicar técnicas para favorecer la salud y prevenir las enfermedades a nivel de familias y grupos.
2. Aplicar técnicas para descubrir precozmente enfermedades y para tratarlas con oportunidad.
3. Realizar exámenes médicos periódicos en salud apropiados para cada edad, sexo y condición fisiológica.
4. Sexo y condición fisiológica.
5. Proporcionar orientación nutricional, consejo genético y educación sexual.
6. Recomendar la práctica sistemática del deporte o ejercicio moderado, la recreación y el aprovechamiento positivo del ocio.
7. Aplicar técnicas de educación para la salud a familias y grupos.
8. Indicar y aplicar inmunizaciones.
9. Indicar medidas preventivas específicas para evitar reacciones alérgicas, enfermedades profesionales y accidentes en el trabajo, trastornos de la conducta y neurosis.
10. Indicar medidas aplicables a los enfermos, a los contactos y al ambiente, para evitar la presencia y diseminación de enfermedades transmisibles.

11. Informar a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades de notificación obligatoria.
12. Indicar medidas aplicables a personas, al ambiente o a los agentes patógenos para evitar enfermedades no transmisibles, accidentes, envenenamientos y actos violentos.
13. Indicar oportunamente medidas dirigidas a prevenir la invalidez y de rehabilitación para las secuelas invalidantes.
14. Elaborar y actualizar diagnósticos de salud colectiva a grupos puestos bajo su responsabilidad:
  - A) Recoger información necesaria: demográfica, daños a la salud, condicionantes, políticas de salud.
  - B) Tabular, resumir, presentar y analizar estadísticamente la información recolectada.
  - C) Analizar la frecuencia y distribución de los problemas de salud y factores que la condicionan y determinan.
  - D) Explicar las relaciones entre los daños a la salud y las condiciones socioeconómicas, los recursos existentes y las políticas de salud.
15. Proponer y aplicar medidas de solución en forma de programas derivados de los diagnósticos elaborados.
  - A) Identificar la respuesta que la población ha dado a sus problemas.
  - B) Hacer seguimiento y evaluación de los avances de las medidas aplicadas y de los cambios operados.
16. Conducir procesos de enseñanza-aprendizaje en el área de la salud pública de personal técnico y auxiliar que colabore con él.
17. Elaborar y aplicar programas simplificados de educación para la salud dirigidos a familias y grupos pequeños de población.
18. Elaborar protocolos simplificados de investigación sociomédica.
19. Colaborar desde su posición de médico clínico con programas de nivel local, regional, estatal o nacional de salud pública cuando le sea requerido por autoridad competente.
20. Aplicar criterio preventivo, epidemiológico, social y de servicio a la población en todas sus acciones médicas.
21. Interesar y obtener la participación de grupos de población puestos bajo su responsabilidad en el estudio y solución de sus problemas de salud colectiva.
22. Hacer análisis en lo general acerca de la práctica social de la medicina en México.
23. Reconocer al médico como objeto y como sujeto activo de la sociedad, para evaluar el origen y la consecuencia social de sus acciones profesionales.

#### El ser

Las cualidades personales, éticas, humanísticas y de servicio social que desde el punto de vista preventivo y social debe poseer el médico son:

1. Ser un convencido de que los grupos, poblaciones y comunidades son unidades sociales integrales compuestas por seres humanos con una biología, una manera de percibir al mundo y sus problemas, y relacionados con su geografía, ecología y otros grupos como ellos.
2. Anteponer a los intereses particulares en el campo de la salud, los grupales colectivos y sociales.
3. Reconocer que cada uno de sus actos profesionales con la población que atiende, o de la que forma parte, tienen una dimensión moral y repercusión social.
4. Tener un espíritu de servicio para atender con eficiencia y responsabilidad las necesi-

dades de salud de las poblaciones puestas a su cargo.

5. Establecer compromiso profesional y moral con los grupos de población a los cuales sirve.
6. Esmerarse en ser cada vez socialmente mejor, más útil, más responsable, más calificado, más sensible.
7. Respetar, comprender y servir de la mejor manera a las comunidades sin discriminación de ideas, creencias, costumbres o hábitos de vida.
8. No permanecer indiferente ante los problemas sociales y de salud que afectan al mundo, al país, y de la sociedad y grupos de los cuales forma parte.
9. Actualizarse constantemente en las conquistas logradas por la salud pública, el arte, la literatura, y el espíritu.
10. Evitar el perjuicio a las instituciones en la realización de su trabajo profesional.

# Definición de la competencia profesional en la atención integral al anciano.<sup>1</sup>

Urbina Clara; Manuel Barquin;  
Graciela Casas; Lilia Macedo;  
Dolores Ortiz De la Huerta; Primo Sandoval.<sup>2</sup>

## Resumen

En este documento se presentan los resultados obtenidos en el taller que se realizó como parte del proyecto de investigación "Modelo Asistencial, Docente y de Investigación para la Atención Integral del Anciano" evento que tuvo lugar en febrero de 1992 con la participación de médicos, enfermeras, odontólogos y trabajadores sociales, los cuales fueron convocados debido a que han tenido experiencia en trabajar con viejos. Se hizo énfasis en la preparación que requiere el personal que trabaja con los ancianos, en las deficiencias que tienen las "currícula" profesionales en esta materia, así como los cambios que debieran operarse en éstos y necesidades de investigación y recomendaciones generales para quienes trabajan o pretenden trabajar con personas de la tercera edad.

## Summary

*In this paper we are showing the results obtained in the workshop programmed in february 1992, in this event the goals were achieved with the aid and participation of Physicians, Nurses, Dentists and Social Workers, who have experience drawn out the daily work in caring old age people.*

*In the even we emphasized about the required training of personnel engaged in the care of aged. And also the deficiencies of the "curricula" of professionals in this matter. Also the changes that are necessary in order to meet the needs for research and also the advise in general to whom work o have in mind to work in the future, taking care of old people.*

<sup>1</sup> Producto de la investigación Modelo asistencial, docente y de investigación para la atención integral al anciano, realizada con financiamiento del PAPIID de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico, UNAM.

<sup>2</sup> Los autores, son personal académico del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina UNAM, y participantes en el proyecto Modelo asistencial, docente y de investigación para la atención integral al anciano.

La atención de la salud de la población presenta diversos obstáculos entre los que destaca la demanda tardía de servicios por parte de los usuarios potenciales, lo que como una consecuencia, repercute en el costo de la atención al efectuarse la demanda en estadios avanzados de sus padecimientos. Al referirnos a la atención a los ancianos la situación se torna más compleja, pues de principio sus padecimientos son de difícil manejo y de alto costo, ya que es típico que al llegar sus enfermedades, éstas se presenten en cascada. La recuperación de ellos se vuelve entonces sumamente difícil además de costosa, por los largos períodos de convalecencia.

La atención del anciano es hoy en día un reto para la salud pública y para su enseñanza, pues es un lugar común afirmar que el proceso de envejecimiento es algo ineludible e irreparable. Ante esta situación, el desarrollo de la gerontología y de la geriatría han desembocado en planteamientos con fundamentos preventivos, entre los cuales destaca el concepto de atención integral, en el cual el trabajo multidisciplinario es base para el logro de la atención integral a los ancianos.

El incremento de la esperanza de vida, provoca que cada vez más personas lleguen a la edad senil. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, el censo de 1950 registró un total de 1,419,685 personas de más de 60 años, de un total de 25,791,017 habitantes censados, mientras que para 1990 había 4,988,158 de viejos en una población de 81,249,645. De un 5.5% en 1950, llegó al 6.13% en el último censo,<sup>3</sup> y se afirma que para el año 2025, habrá según proyecciones 18,000,000 de ancianos.<sup>4</sup>

Ante estos hechos, el Departamento de Salud Pública inició en 1991 el proyecto de investigación Modelo asistencial, docente y de investigación para la atención integral al anciano, y realizó entre el 19 y 21 de febrero de 1992 un seminario internacional, marco en el cual

se definió como actividad central el desarrollo de un taller en el que los participantes, desde distintas profesiones y concepciones, establecieran las tareas y acciones de su competencia profesional para la atención al anciano.

## Fundamentación del taller

Es una discusión vigente considerar que el trabajo en salud, es siempre un trabajo en equipo, que además incorpora a diversas disciplinas y profesiones en el logro de sus propósitos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Sin embargo, en el transcurso de los años se encuentra que existen actividades que parecen no pertenecer a ninguna profesión, mientras que en otras, se imbrican dos o más de ellas. Si estas consideraciones son válidas para las tareas generales de salud, en el caso del trabajo con ancianos es de vital importancia, pues la atención a este grupo de población tiene entre sus bases la perfecta coordinación y asignación de responsabilidades entre quienes participen en estas tareas.

Al igual que para la atención de la salud de la población, el cuidado integral del anciano requiere de una activa organización y participación de la comunidad. En estas condiciones, el equipo de salud que se requiere para la atención integral al anciano es en verdad multidisciplinario, pues participan desde el médico hasta el urbanista, el psicólogo, el trabajador social, el economista, el geriatra, el gerontólogo y la enfermera, además de otros profesionistas.

## Objetivo

Se desarrolló un taller con el propósito de analizar y evaluar la competencia profesional de cada disciplina interviniente en la atención integral del anciano; conocer la respuesta educativa de las diferentes "currícula" ante estas necesidades, de acuerdo a la experiencia de cada par-

<sup>3</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA. Censos generales de población y vivienda 1950 y 1990.

<sup>4</sup> Centro Latinoamericano de Demografía, Santiago de Chile, 1991.

participante; y propiciar la interdisciplinariedad en la atención integral del anciano en materia de investigación, docencia y asistencia.<sup>5</sup>

## Metodología

Se elaboró una guía de discusión, con siete preguntas abiertas, las cuales se abordaron tanto para su análisis como para su reflexión en dos grupos constituidos por doce personas cada uno de ellos, procurando que se distribuyeran representantes de las disciplinas y profesiones participantes en el seminario, y para el trabajo propiamente, se nombraron un coordinador y un relator por grupo de discusión. Se asignaron cuatro horas para el trabajo, utilizando dos en la discusión por grupos y dos en una plenaria para el mismo taller.

Las preguntas de la guía indagaban acerca de las actividades consideradas en el campo profesional; los contenidos relativos a los ancianos y su organización; los cambios curriculares detectados como necesarios; las actividades de su área dirigidas hacia la prevención, curación y rehabilitación del anciano; y las propuestas concretas para la investigación, docencia y asistencia en este grupo de edad.

## Resultados

La opinión expresada por los participantes en relación a las actividades que realizan quienes trabajan con ancianos y las actividades que les correspondían según área profesional fue:

Para el área médica la determinación de factores de riesgo, atención médica, prevención, promoción de la salud, actuando en los tres niveles de atención. En el primer nivel haciendo detección y control y orientación sobre enfermedades crónico-degenerativas; en el segundo nivel, plan de atención de enfermería a través del equipo multidisciplinario; en el tercer nivel, rehabilitación, adiestramiento a las familias y la atención del anciano enfermo.

En cuanto al área de enfermería las actividades que realizan son básicamente de promoción de la salud con orientación hacia los problemas crónico-degenerativos, atención y cuidado de ancianos en los tres niveles de atención dependiendo de su ubicación.

Para odontología las actividades señaladas fueron: promoción de la salud a través de pláticas para la prevención y educación para la salud y autocuidado de la boca, formulando primero un diagnóstico y remitiendo al anciano a rehabilitación en caso necesario. Se hizo la distinción entre las actividades que se efectúan en una institución de seguridad social, o de asistencia social y en el ejercicio privado, en lo referente a la indicación de prótesis parciales o totales, ya que en las primeras no se les proporcionan, lo más que se hace son obturaciones y extracciones. Cuando el paciente necesita prótesis parciales o totales, que es el caso del 95 por ciento aproximadamente de los ancianos, se les tiene que remitir al servicio privado al cual muchas veces no acuden por el alto costo que estos servicios tienen.

Las trabajadoras sociales indicaron que las actividades que desarrollan son: fomento a la salud para la prevención de riesgos, educación para la salud, formación de promotores de salud y monitores para la atención para los ancianos, campañas masivas de educación para la salud, atención a pensionados y jubilados, seguimiento de pacientes de la tercera edad, formación de grupos de familiares para el cuidado del paciente senecto, visitas domiciliarias, actividades culturales y deportivas, terapia ocupacional, ergoterapia y estudios de familia.

Las actividades que efectúa el gerontólogo (ejemplificadas con las que lleva a cabo en la Asociación Mexicana de Alzheimer) son: asistencia con la atención a domicilio o en centros de atención diurna (en donde también atienden el geriatra, gericultores y psicoterapeutas), curso para cuidadores cuyo objetivo principal es procurar que la familia acepte la demencia de los pacientes y los cuide y mantenga en su hogar.

<sup>5</sup> Guía de discusión para el taller: "Definición de competencias profesionales en la atención integral del anciano", p. 1.

Otra pregunta indagaba en torno a los contenidos curriculares de cada disciplina que tuvieran relación con la atención de anciano. Las respuestas fueron las siguientes:

En el área médica se mencionó que existe fragmentación de los contenidos y desvinculación entre la teoría y la práctica, una cuestión fundamental es que se estudie el proceso normal de envejecimiento, y no sólo las patologías. Los contenidos que tienen una relación más directa con el anciano son los de geriatría que se cursan en un trimestre. Algunas materias en que se revisan contenidos de manera indirecta son salud mental y psicología.

En referencia a enfermería, la problemática no es diferente ya que habiendo terminado una revisión curricular en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, se incorporaron 4 horas para geriatría. Siendo muy pocas las horas dedicadas a esta materia se han implementado cursos extracurriculares con veinte horas de duración los cuales son impartidos por equipos multidisciplinarios.

En odontología no existen contenidos específicos de odontogeriatría, el más cercano se encuentra en la materia de prostodoncia de la licenciatura. Además no hay docentes preparados para impartir psicología de la vejez.

En el posgrado dentro del Sistema de Universidad Abierta de Odontología (SUAO) se está llevando a cabo un diplomado en odontogeriatría, del cual egresa en este año la primera generación.

En trabajo social dentro de la "currícula" de la licenciatura y del nivel técnico, no hay materias específicas vinculadas con la geriatría o gerontología. Algunas materias coadyuvan al estudio de la vejez como salud mental, trabajo social de grupos, psicología, antropología social y salud pública.

Con respecto a los cambios curriculares que se debían hacer en cada plan de estudios para responder a las necesidades actuales de

atención integral del anciano las respuestas arrojaron lo siguiente:

En la "currícula" de medicina en la UNAM, hay una tendencia a la desaparición de la geriatría aduciendo que las unidades médicas no cuentan con recursos propios para la atención, ni existen especialistas para la enseñanza, por lo cual su estudio se realizará por aparatos y sistemas. Se propone mantener la enseñanza de la geriatría en el pregrado además, se debe crear un espacio en el análisis del proceso vital, para las patologías y el proceso normal de envejecimiento tanto en el pregrado como el posgrado. Se debe reforzar la formación de médicos familiares para poder otorgar una atención integral al anciano.

Para enfermería se sugiere ubicar cursos extracurriculares en el plan de estudios; formar a los profesores que imparten los cursos de enfermería geriátrica y gerontología, incorporar temas sobre psicología de la vejez, y propiciar prácticas en donde se trabaje en equipo disciplinario en etapas tempranas de la formación.

En el caso de la odontología, se propone implementar los cursos de prostodoncia total, además de estudiar los procesos normales y patológicos en los tejidos parodontales, así como aspectos de psicología de la vejez y demografía. En el posgrado, actualizar a los docentes pues existe gran demanda de servicios en odontología geriátrica.

En trabajo social se enfatizó la necesidad de actualizar a los docentes y crear materias optativas de geriatría y gerontología, además de cursos sobre terapia ocupacional, psicología de la vejez y demografía.

Las preguntas acerca de las actividades de prevención, curación y rehabilitación se consideraron resueltas con las respuestas a la primera pregunta, y se anularon, y con respecto de la última pregunta acerca de la investigación, la docencia y la asistencia se dijo:

En medicina, realizar investigaciones al respecto de las necesidades de salud de los ancianos para conocer la realidad a la que nos enfrentamos, actualizar a los docentes y crear materias optativas de geriatría y gerontología, e impulsar cursos de especialización en estas materias.

Para la enfermería, actualizar a los docentes, y formar alumnos a través de cursos de geriatría y gerontología; investigar acerca de las necesidades de la población anciana; establecer convenios con asilos e instituciones prestadoras de servicios para que los alumnos se incorporen de manera temprana a equipos disciplinarios que favorezcan el interés por trabajar con este grupo de edad.

Las opiniones de los odontólogos se enfatizó entorno a: continuar con los cursos de posgrado en geriatría, e impulsar el diplomado en odontogeriatría; realizar investigación que permita validar modelos de atención a ancianos, así como fomentar el trabajo en equipos multidisciplinarios; propiciar la prevención de padecimientos odontológicos para evitar que estos casos lleguen a cirugía odontológica o bien evitar la pérdida de piezas a fin de llevar al anciano a conservar su salud bucal.

En trabajo social, reestructurar los planes de estudio, e incorporar unidades temáticas de gerontología y geriatría, para que el futuro profesional conozca más a fondo todos los aspectos relacionados con la vejez; capacitar profesores para que impartan estas materias, así como las de terapia ocupacional y el estudio de familias (filiograma); realizar prácticas de campo en donde los estudiantes trabajen en comunidad con grupos de la tercera edad, y propiciar el trabajo interdisciplinario.

## Conclusiones

Se establecieron las siguientes recomendaciones y conclusiones:

### Primera

En cuanto a la vejez enferma: mantener la enseñanza de la geriatría.

En cuanto a la vejez sana: propiciar el estudio interdisciplinario de la gerontología.

### Segunda

Integrar un perfil de la personalidad del profesional que pretenda trabajar con ancianos, enfatizando los aspectos de interés y vocación.

### Tercera

Formar y actualizar docentes en gerontología, geriatría y aspectos psicológicos de la vejez.

### Cuarta

Capacitación y adiestramiento para el personal que ya se encuentra trabajando con ancianos.

### Quinta

Propiciar el trabajo interdisciplinario con psicólogos, sociólogos, biólogos, diseñadores industriales, arquitectos, abogados, gericultistas, y otros profesionales.

### Sexta

Realizar investigaciones en torno a:

- Necesidades de salud de los ancianos.
- Procesos básicos biológicos y clínicos del envejecimiento a fin de elaborar un diagnóstico oportuno.
- Recursos humanos en la atención al anciano, y características del personal que participa en su atención.
- Validación de modelos de atención al anciano.

### Séptima

Establecer convenios con instituciones de atención para realizar la evaluación del estado de salud del anciano, a fin de que reciba en caso necesario, una atención prioritaria y dirigida.

El taller logró sus propósitos pues aun con las escuetas respuestas, es posible concluir que la atención integral al anciano, es hoy en día un espacio de trabajo con grandes posibilidades de desarrollo.

En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen

la ranitidina



RANISEN (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N-(2-[5-(dimetil-aminometil)-2-Furil metiltojetil]-N-1 metil-2-nitro-1,1-etenilamina. Posee un anillo Fusano. RANISEN es un antagonista selectivo de los receptores H<sub>2</sub> de Histamina. Es un inhibidor de la secreción gástrica, basal o estimulada, en los animales y en el hombre. INDICACIONES: Úlcera duodenal y gástrica, Úlcera postoperatoria, Esofagitis por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del Sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelson). DOSIS: La dosis inicial es de un comprimido de 300 mg. por la noche o bien, un comprimido de 150 mg. dos veces al día, durante 4 semanas. El período de tratamiento puede llegar a 8 semanas; la dosis de mantenimiento es de un comprimido de 150 mg. por la noche. En Zollinger-Ellison pueden administrarse hasta 900 mg. al día. Intravenoso: Directo: 50 mg. diluidos en 20 ml. de solución salina, glucozada o Hartman, en forma lenta (1-2 minutos) cada 6 u 8 horas. En el caso de la presentación con jeringa desechable, se aplica directamente en la vena, sin diluir, en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg. por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluidos en solución compatible. Dosis ponderal: 0.125 mg. a 0.35 mg/kg/iv. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal severa, se recomienda la dosis terapéutica de 150 mg. por la noche durante 4-6 semanas. Al igual que otras drogas, durante el embarazo y la lactancia, deberá usarse únicamente si es estrictamente necesario. RANISEN no interacciona con drogas que son metabolizadas por el citocromo P-450. REACCIONES SECUNDARIAS: Moderadas y eventuales, cafeína en un 3%; mareo, constipación, náuseas, dolor abdominal y rash en 1%; casos ocasionales de ginecomastia, impotencia y pérdida de la libido han sido reportados pero la incidencia de estos no difiere de los casos en la población general. FORMULA: Cada comprimido contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.b.p. un comprimido. Cada ampolleta de 5 ml. contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con agua esterilizada desechable contiene: Clorhidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. PRESENTACIONES: Caja con 10 y 30 comprimidos de 300 mg. caja con 20 y 60 comprimidos de 150 mg. caja con 5 ampolletas de 5 ml. de 50 mg. y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml. c/agua esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. Sta. Rita, Celaya, Gto.  
Ultratona exclusiva para Médicos. Su venta requiere receta médica.  
Regs. Núm. 26M83 y 24M83, S.S.A. I. Med.59E-1703J  
a Marca Registrada

Ranisen<sup>®</sup>

SENOSIAIN





## Reunión de Mérida, Yucatán.

Del 31 de marzo al 3 de abril de 1993, la bella ciudad de Mérida, Yucatán sirvió de marco para la celebración de la XXXVI Reunión Ordinaria de la AMFEM. El alto espíritu de compromiso de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán permitió que se cumplieran los objetivos de trabajo establecidos para esta reunión con el tema general de la "Calidad de la Educación Médica". De esta manera se dió cumplimiento al acuerdo de los miembros de la asociación tomado en Guadalajara, Jalisco, cuyo contenido marca su propia esencia, la educación médica como la prioridad de la asociación.

Con el apoyo de personal altamente calificado de la Fundación Mexicana para la Salud, se llevaron a cabo largas jornadas de trabajo por medio de las cuales se logró un consenso del 65% conforme a los Indicadores de Calidad para la Educación Médica presentados por el Comité de Planeación de la misma asociación. Con esto se dió el primer gran paso conjunto hacia lo que será la conformación de un Sistema de Acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina en el país en un futuro cercano.

De igual importancia fue la instalación del Consejo Directivo para el período 1993-1995 quedando conformado por el Dr. Ramiro Jesús Sandoval como Presidente, el Dr. José Ángel Córdova Villalobos como Vice-presidente y como Primer y Segundo Vocal respectivamente, la Dra. Virginia Hidalgo Wong y el Dr. Andrés Hernández García.

## INFORMACION PARA LOS AUTORES

La Revista de Educación Médica, de publicación cuatrimestral, es el órgano de difusión editorial de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina. En ésta se ofrece un espacio para que los investigadores y académicos de nuestras escuelas y facultades de medicina e instituciones de salud, publiquen los resultados de sus investigaciones y reflexiones en torno a la formación del médico.

### SECCIONES DE LA REVISTA

**EDITORIAL:** Estará a cargo de autores invitados por el Director de revista. Su extensión será de 3 cuartillas.

**REPORTES DE INVESTIGACION:** Abarca estudios de tipo histórico, descriptivo y causal (experimental, casi-experimental, pre-experimental y ex-pos-facto) así como proyectos de investigación y desarrollo. Consta de título, resumen y palabras clave (en inglés y en español), introducción, material y métodos, resultados, discusión y conclusiones. La extensión máxima es de 20 cuartillas.

**ENSAYOS Y MONOGRAFIAS:** Reflexiones y sistematización conceptual acerca de la formación de los médicos. Consta de título, resumen y palabras claves (en español y en inglés). El contenido se organiza en las secciones que el autor considere convenientes. La extensión máxima es de 20 cuartillas.

**REUNIONES DE LA AMFEM:** Reseñas de las reuniones periódicas de la Asociación.

**CARTAS A LOS EDITORES:** Correspondencia enviada por los lectores con comentarios sobre el contenido de la revista.

**NOTICIAS ACADEMICAS:** Información acerca de eventos académicos recientemente realizados y de próxima verificación.

**RESEÑAS BIBLIO-HEMEROGRAFICAS:** Presentación sintética de libros o artículos de revistas de publicación reciente. La extensión máxima será de 5 cuartillas.

### PRESENTACION DE LOS ORIGINALES

a) **Tipografía:** Escrito en hoja blanca tamaño carta, a máquina, por una sola cara, a doble espacio, con 4.5 cm de margen izquierdo y 2.5 cm de márgenes superior, inferior y derecho. La tipografía deberá estar bien contrastada.

b) **Portada:** Se anotan únicamente el título del trabajo, los nombres completos de los autores, su grado académico, la institución donde fue realizada la investigación, teléfono y la dirección en la que los autores desean recibir correspondencia de los lectores.

c) **Página de resumen:** La segunda página debe contener nuevamente el título del trabajo (omitendo el nombre de los autores), el resumen en español y en inglés así como las palabras clave en ambos idiomas. Los resúmenes no deberán exceder una extensión de 200 palabras cada uno.

d) **Cuadros y Figuras:** Los cuadros (no usar la palabra tabla) y las figuras (fotografías, esquemas y gráficas) se identificarán con números arábigos. Indicar el lugar del texto donde se desea que aparezcan.

e) **Referencias bibliográficas:** Se ajustarán a los criterios establecidos para los escritos médicos en el Acuerdo de Vancouver, utilizando el sistema referencia-número. Las referencias deben ordenarse numéricamente de acuerdo a la secuencia de aparición del texto.

Ejemplo de citas de revistas:

Pérez Tamayo, R. *Revista Mexicana de Educación Médica. Ética Médica.* 1990; 1 (3): 168-176.

Ejemplo de citas de libros:

Viniegra Velázquez, L. *El pensamiento teórico y el conocimiento médico.* México. Universidad Nacional de México 1988.

### ENVIO DE ORIGINALES

Los documentos deberán enviarse en original y dos copias de óptimo contraste y definición. También se recibirán trabajos vía fax siempre que el documento original sea de óptimo contraste y no contenga cuadros o figuras de línea fina o medios tonos. Dirigir sus envíos a la sede de la AMFEM: Manuel López, Cotilla No. 754. Colonia del Valle. C.P. 03100, México, D.F. Tel y Fax 687-93-23.

### DERECHOS Y OBLIGACIONES

a) El autor se compromete a enviar solamente originales inéditos.

b) la AMFEM se reserva el derecho de aceptar o rechazar las contribuciones enviadas para su publicación de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial. También se reserva el derecho de realizar las correcciones que considere necesarias. Los trabajos enviados para su publicación no serán devueltos.

c) La Revista informará a los autores el dictamen del Consejo Editorial en plazo máximo de 2 meses.

d) Todos los trabajos publicados en la Revista Mexicana de Educación Médica son propiedad de la misma. Se autoriza su reproducción total o parcia, siempre y cuando se cite la fuente.



## CONTENIDO

### EDITORIAL

### REPORTES DE INVESTIGACION

**Una década de experiencia de trabajo comunitario en las zonas rurales de Baja California.**

*Héctor Rivera Valenzuela, Rosalva C. Vargas Almaraz.*

**Perfil del profesor de la asignatura de Salud Pública del plan de estudios 1985, de la Facultad de Medicina, UNAM.**

*Julietta García, Rosalva Villanueva, Lilia Macedo, Rodolfo Navo, Marcela Ochoa, Dolores Ortiz de la Huerta, Primo Sandoval.*

**El valor que dan los alumnos del primer año de medicina, UNAM, a la influencia que ejercieron sus estudios de preparatoria en su rendimiento escolar actual.**

*Ileana Petra Micu, José Antonio Talayero Uriarte, Claudia Fouilloux Morales.*

### ENSAYOS Y MONOGRAFIAS

**Nuevos caminos, una propuesta para el trabajo comunitario en las áreas marginadas urbanas.**

*Rosalva Vargas A., Héctor Rivera V.*

**El perfil profesional del médico general en el area de la salud pública.**

*Eleuterio González Carbajal.*

**Definición de la competencia profesional en la atención integral al anciano.**

*Clara Urbina, Manuel Barquín, Graciela Casas, Lilia Macedo, Dolores Ortiz de la Huerta, Primo Sandoval.*

### REUNIONES DE LA AMFEM

**XXXVI Reunión Nacional Ordinaria de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.**