

# REVISTA MEXICANA DE EDUCACION MEDICA

1994

VOLUMEN 5

NUMERO 2



PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA  
DE FACULTADES Y ESCUELAS DE MEDICINA

ISSN 0188-2635



# Revista Mexicana de Educación Médica

## CONSEJO DIRECTIVO

Dr. José Angel Córdova Villalobos  
Dr. Enrique Aguirre Huacuja  
Dr. Andrés Hernández García  
Dra. Virginia Hidalgo Wong  
Dr. Francisco Javier Domínguez G.  
Dra. Irene Durante Montiel

## CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Manuel Alvarez Manilla  
Dr. Ector Jaime Ramírez Barba  
Dr. Enrique Vargas Salado  
Dr. Gabriel Cortés Gallo  
Dr. Ramiro Jesus Sandoval  
Dr. Enrique Aguirre Huacuja  
Dr. Luis Felipe Abreu  
Dr. José Angel Córdova Villalobos

## EDITOR

Dr. José Angel Córdova Villalobos

# Revista Mexicana de Educación Médica

PUBLICACION DE LA COMISION MEXICANA DE FARMACOLOGIA  
Y ESCUELA DE MEDICINA

TOMO XXXI NUMERO 1

CONTENIDO

INDICE

EDITORIAL

REPORTAJE

Exposición

Internacional

Química

Med. Social

Case Report

Visperas

Práctica

Planes de

Estudio

Asociación

ENSAYOS

Creación

de un

CARTAS AL EDITOR



REVISTA MEXICANA  
DE EDUCACION MEDICA

ISSN 0014-3087 (print)  
ISSN 1600-0642 (online)

# Revista Mexicana de Educación Médica

## COORDINADORES:

Dr. José Ángel Córdova Villalón

Dr. Enrique Aguirre Hascón

Dr. Avelar Hernández García

Dr. Virginia Hidalgo



REVISTA MEXICANA  
DE EDUCACIÓN MÉDICA

Es una publicación de la Asociación Mexicana de facultades y escuelas de Medicina  
ISSN 0188-2635

# Revista Mexicana de Educación Médica

PUBLICACION DE LA ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES  
Y ESCUELAS DE MEDICINA

1994, VOLUMEN 5, NUMERO 2

ISSN 0188-2635

## INDICE

EDITORIAL.....	50
REPORTES DE INVESTIGACION	
Exploración personal del perfil vocacional en los aspirantes a la licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro .....	52
Ma. Emilia Macín Luna.	
Características ideales del aspirante a Médico. Visión introspectiva de alumnos en formación.. .....	61
José Luis Figueroa Hernández.	
El estudiante de Medicina ante la muerte y el duelo. Una experiencia de capacitación .....	64
Asunción Alvarez del Río, Ileana Petra Micu, Alejandro Díaz Martínez..	
ENSAYOS	
Características ideales de un Profesor .....	72
José Luis Figueroa Hernández.	
CARTAS AL EDITOR .....	75

En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen



**RANISEN** (Clorhidrato de Ranitidina) es el clorhidrato en N-(2-[[p-(metilamino)etil]2-Furil metil]etil)N-1-metil-2-nitro-1,4-etenediamina. Posee un anillo Furano. RANISEN es un antagonista selectivo de las receptoras 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, Eructos por reflujo, Síndrome de Zollinger-Ellison, prevención y tratamiento del sangrado gastrointestinal superior y prevención del Síndrome por aspiración (Síndrome de Mendelsohn). **USO:** 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:** Dosis: 50 mg, diluido en 20 ml, de solución salina, glucosada o Halfman, 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, en dilución en un lapso de 1-2 minutos. Infusión continua: 25 mg, por hora, por 2 horas cada 6 u 8 horas diluido en solución compatible. Dosis ponderal: 0.125 mg, a 0.35 mg/kg/d. **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% (mayor concentración), náusea, dolor abdominal y rash en 1%; catos 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 ampollita 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 ampollitas de 5 ml, de 50 mg, y caja con 1 jeringa desechable de 2 ml, de agua esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorio SENOSIAN, S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey, No. 221, Ex-146, Sta. Rita, Colima, Gto.  
Licencia exclusiva para México. Su venta requiere receta médica.  
Reg. Núm. 28883 y 24883, S.S.A. 1. Mod. 9/01. 17032  
© México Registrada

Ranisen<sup>®</sup>  
SENOSIAN



SENOSIAN S.A. DE C.V.

# 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 FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: itraconazol, 100 mg. Excipiente c.p.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPEÚTICAS:** 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 anexas causadas por hongos levaduriformes o mohos: Píasis vesicular y micosis profundas (*Aspergillus*, *Cryptococcus*, *Sporothrix*, *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, MUTAGÉNESIS, 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, folículoestimulante, 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 concluyó que itraconazol carece de dicha propiedad. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** El 3% de los pacientes tratados con ISOX pudieron reportar náuseas, prurito, cefalea y vértigo. Dichos efectos secundarios han sido de naturaleza leve y transitoria. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** 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 críticos, 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 ADMINISTRACIÓN:** 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 anexas causadas por diversos hongos levaduriformes o mohos y para el tratamiento de píasis vesicular 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 onicomicosis 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. **SOBREDOSIFICACIÓN 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:** Conserve en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCIÓN:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

## EDITORIAL.

La Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) fué fundada en 1957, y desde su inicio ha tenido como objetivo primordial el promover el mejoramiento de la educación y formación de los profesionales de la Medicina en la República Mexicana, así como intercambiar conocimientos y experiencias técnicas, administrativas y operacionales con toda clase de organismos, dependencias y organizaciones públicas o privadas, y constituirse en órgano de consulta para entidades gubernamentales, Universidades e Instituciones, según lo marcan sus estatutos.

Evidentemente arduo y vasto ha sido el trabajo que se ha desarrollado en nuestra Asociación durante estos 37 años, buscando siempre el avance en la enseñanza Médica, más sin embargo es indudable que los grandes avances y progresos se han dado en esta última década, a partir de la administración del Dr. Octavio Castillo y López, con las brillantes aportaciones del Dr. Luis Felipe Abreu, al iniciar el programa de calidad en la Educación Médica, como soporte de un proceso progresivo de autoevaluación y Acreditación de las Escuelas y Facultades de Medicina del país.

Este paso trascendental, ha sido brillantemente conducido por el Dr. Ramiro Jesús Sandoval, actual presidente de nuestra Asociación quien ha tenido la atinencia de crear el Comité de Planeación, estructura dentro de la AMFEM que ha venido a constituir un órgano de impulso en el trabajo, de renovación de las ideas, de enriquecimiento conceptual que evidentemente han hecho que la AMFEM ya no sea patrimonio de unos pocos sino compromiso y corresponsabilidad de todos los que trabajamos en esta apasionante materia como lo es la docencia en Medicina.

Durante este bienio se ha logrado estructurar un programa completo para el proceso de Autoevaluación y Acreditación, partiendo por algo que parecía imposible que era lograr el consenso de los Directores de las Escuelas o Facultades, el trabajo de Mérida 92, fue realmente memorable, por la gran participación de los directivos y porque con apoyo de FUNSALUD, logramos desarrollar un documento que ha servido de base para el despegue del programa.- Por otro lado, el estrechamiento de las relaciones con nuestros amigos de la Asociación Medicina Americana, y particularmente con el Dr. Carlos Martini, sin duda nos ha permitido avanzar mucho más rápidamente en un proceso que hace algunos años parecía inalcanzable y ahora esta muy cerca de iniciar, estamos convencidos que en mucho de esta carrera a marchas forzadas ha tenido que ver la globalización internacional de la Economía, y la firma del Tratado de Libre Comercio y todas las consecuencias que ello conlleva, pero



indudablemente que estos fenómenos han despertado en nuestra Asociación una nueva mística, un nuevo ritmo de trabajo el cual seguramente será en beneficio de la Educación Médica Mexicana !ENHORABUENA!

*Dr. José Angel Córdova Villalobos.*





Ya no es necesario...

Ahora eficacia con menos dosis



# CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

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



**CIPROFLOX** (Ciprofloxacino) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro **FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN:** Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente c.s.p. 1 cápsula. **INDICACIONES:** Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gérmenes sensibles. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a el ciprofloxacino o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** CIPROFLOX no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacino es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartilago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito), del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, temblor); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Irregularidad, temblor); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Bajo la administración oral, los antiácidos que contienen minerales reducen la absorción del ciprofloxacino. El ciprofloxacino puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con dióxido de titanio se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glibenclamida puede potencializar el efecto de esta última. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilepsia y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogénicos. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral, se que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogénicos. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACIÓN:** Oral, se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, germen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacino por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por *Streptococo* y *Chlamidia* 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina está por debajo de 20 ml/min. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de sostén como lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Manténgase 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.

Hecho en México por:  
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey No. 221  
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
No. de Reg. 303M67 y 004M91 S.S.A.  
Clave: CER-3029/94 AEJR-3213895 LP.P.R.

**CIPROFLOX**<sup>®</sup>  
SENOSIAIN



CIPRO-01-84A

¡para la Alergia!

# Astesen

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.

## Astesen

**FÓRMULA:** Cada comprimido contiene ASTEMZOL 10 mg. Excipiente c.s. Cada ml. de suspensión contiene ASTEMZOL 2 mg. Excipiente c.s. **INDICACIONES:** En procesos alérgicos como rinitis y conjuntivitis alérgica y urticaria. **CONTRAINDICACIONES:** En pacientes en tratamiento con fenotiazinas, meprobamato o etnatozina. Hipersensibilidad conocida al medicamento, niños menores de 2 años, así como durante el embarazo, ya que no se ha establecido su seguridad durante estos periodos. En pacientes que cursan con insuficiencia hepática. **PRECAUCIONES DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** No se recomienda administrar Astesen durante estos periodos. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Ocasionalmente se puede presentar aumento del apetito, náuseas y fatiga. No se recomienda exceder la dosis diaria sugerida, ya que a dosis de 20-30 mg/día se han reportado efectos cardiovasculares tales como: paro cardíaco, inversión, prolongación del segmento QT, hipotensión, bradicardia pulmonar y otras arritmias estructurales. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:** Puede potencializar los efectos de otros antihistamínicos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** Debido a que su efecto se logra de 1 a 4 horas, por consiguiente no se recomienda su empleo en cuadros alérgicos agudos donde se precisa acción rápida. Se ha observado que el astemizol no debe administrarse en pacientes con insuficiencia hepática, debido a la acumulación del fármaco. Hasta el momento no se han reportado datos relacionados con carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis ni sobre la fertilidad. **DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** Vía de administración oral. La dosis recomendada es de un comprimido de 10 mg. al día, preferentemente antes del desayuno; niños de 6 a 12 años, la mitad de la dosis del adulto y niños de 2 a 6 años, 1 ml. de Astesen 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 estrechamente y ser sometido a un monitoreo electrocardiográfico, después de realizarse lavado gástrico, ya que se han reportado arritmias tras la ingestiva de dosis superiores a 200 mg. **PRESENTACIONES:** Envase con 10 comprimidos de 10 mg. de Astemesen. Envase con 30 ml. cada ml. contiene 2 mg. de Astemesen. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conserve en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAIN S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey 201, Ex-Hda. 8ta. Rta. Culiacán, Chh.  
Reg. 16m, 26M88 y 26M87, C.S.A. Clave HCA-1868993 Clave RFE-13046/P.F.B.  
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

Astesen<sup>®</sup>  
SENOIAIN



# Exploración personal del perfil vocacional en los aspirantes a la licenciatura de Medicina en la U.A.Q.

Lic. en Psic. MA. EMILIA MACIÑ LUNA 1

## Resumen

El proceso de admisión para alumnos a la FMUAQ ha mantenido un desarrollo sostenido durante más de diez años. Su mejora continua ha favorecido una dinámica personalizada que actualmente genera un 40% de "autoselección" de aspirantes potencialmente desertores.

La primera fase del proceso la constituye la entrevista vocacional, de la cual se destacará el análisis del perfil presentado por los aspirantes (aceptados, no aceptados y desertores) y su relación con el perfil explorado mediante la entrevista. Asimismo, la identificación de las características que distinguen a los desertores de los otros dos grupos señalados.

Las variables consideradas en la conformación del perfil vocacional fueron:

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| a) Motivos de la elección  | b) Autoconocimiento          |
| c) Influencias ambientales | d) Hábitos de estudio        |
| e) Posibles obstáculos     | f) Información de la carrera |

Los hallazgos revelan que los tres grupos de estudio pretendieron presentar indistintamente características homogéneas con tendencia cercana al perfil deseable por la FMUAQ; sin embargo, la entrevista muestra diferencias significativas y valor predictivo, dado que, tanto en desertores como en no aceptados se encontraron características afines, mismas que reflejan tendencia inversa al perfil requerido por la Institución, mientras que en el grupo de aceptados las características exploradas se acercan en un mayor porcentaje al perfil ideal.

**Palabras clave:** Aspirante, Desertación, Entrevista, Perfil vocacional, Proceso de Admisión.

## Summary

*The admission process for FMUAQ students has maintained a sustained for more than ten years. Its continual improvement has favored a personalized dynamic that now generates a 40%*

<sup>1</sup> Coordinadora del Depto. de Servicios Psicopedagógicos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.  
INSTITUCION PATROCINADORA:  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO  
FACULTAD DE MEDICINA

*autoselection of potentially deserting aspirants.*

*The first fase of the process is constituted by a vocational interview whitin the objetives is the analysis of the profile presented by the aspirants (accepted, not accepted and deserters) and its relation with the profile explored throughout the interview. Likewise there is the identification of the characteristics that distinguish the deserters from the other groups shown.*

*The variables considered in the conformation of the vocational profile were:*

- |                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <i>a)Election motives</i>         | <i>b)Self knowledge</i>              |
| <i>c)Environmental influences</i> | <i>d)Study habits</i>                |
| <i>e)Possible obstacles</i>       | <i>f)Information about the major</i> |

*The findings revealed that the three study groups intended to present indistinctly homogenous characteristics with tendency similar to the desirable profile for FMUAQ.*

*However the interview demonstrated significant differences and predictive value, shown that, both the deserters and the not accepted presented similar characteristics which reflect the inverse tendency to the profile required by the institution, while in the accept group the explored characteristics were different.*

**Key words:** *Aspirant., Desertion., Interview., Vocational profile., Admission process*

## 1. INTRODUCCION

Uno de los más graves problemas que enfrentan las Instituciones de Educación Superior en México son los elevados índices de reprobación y deserción de alumnos. En lo que a Escuelas o Facultades de Medicina se refiere, en la actualidad revelan una eficiencia terminal promedio del 65%.<sup>(1)</sup>

Dada la compleja multiplicidad de variables que intervienen en el fenómeno citado, En este orden de ideas subyace otro planteamiento: el sujeto mismo, que como aspirante a cursar estudios superiores, se ubica generalmente en etapa de crisis identificatoria, por lo que no debemos soslayar su vulnerabilidad frente al sistema de valores vigentes en el contexto familiar, social y escolar con relación a los roles ocupacionales y la influencia que éstos ejercen en el momento crucial de elección profesional.<sup>(3,4,5.)</sup>

Por consiguiente, la Facultad de Medicina de la UAQ desde 1981, se ha propuesto progresiva y sostenidamente crear espacios psicopedagógicos para estimular a sus aspirantes a reflexionar y comprometerse con sus aspiraciones vocacionales, lo cual exige un encuentro personalizado,<sup>(5)</sup> en la

medida que éstos se integran como sujetos protagónicos dentro de un proceso de admisión que simultáneamente opera con objetivos de orientación, formación y selección, con base en: talleres académicos, dinámicas psicopedagógicas, seguimiento de hábitos de estudio y entrevista vocacional; todo lo anterior comprendido en un período que actualmente se desarrolla en once meses\*.

Con este marco de referencia, la primera aproximación de los aspirantes con la FMUAQ, la constituye la entrevista que por su particular contacto humano crea las condiciones para individualizar la exploración de los componentes afectivos, cognitivos y conductuales que dan cuenta del perfil vocacional.<sup>(4,6)</sup> Son precisamente los objetivos de la presente investigación, que se enfocan a comparar el perfil presentado\* por los aspirantes en contraste con el perfil explorado\*\* por el entrevistador, así como a la identificación de las características que diferencian los perfiles de la población de aspirantes (aceptado, no aceptado y desertor), y de donde surge la hipótesis de que los aspirantes que eligen la carrera de Medicina impulsados más por presiones extrínsecas que por motivaciones intrínsecas, tienden a la deserción durante el proceso y/o no logran su propósito de ingreso.

## 2. MATERIAL Y METODOS

Se estudió el total de la población de aspirantes (321) inscritos en el proceso de admisión de la Facultad de Medicina de la UAQ, que se llevó a cabo en el período (octubre '93 - agosto 94). Específicamente las entrevistas individuales se realizaron durante los meses de octubre a enero, en correspondencia a citas previamente calendarizadas.

Las variables consideradas para la exploración del perfil vocacional en el aspirante, se definieron en razón del perfil ideal requerido por la FMUAQ, así como por la contrastación de indicadores, con mayor incidencia en la reprobación y deserción de alumnos, producto de los seguimientos registrados año con año al interior de la Institución.

La sesión de la entrevista se trabajó en dos fases, la primera consistió en la aplicación de un cuestionario semicerrado, que contempló seis variables:

- 1) Motivos de la elección de la carrera.
- 2) Conocimiento de sí mismo.
- 3) Influencias ambientales sobre la elección.
- 4) Hábitos de estudio.
- 5) Posibles obstáculos a superar durante la carrera.
- 6) Información sobre la carrera de medicina.

y para cada una de las variables se ofrecieron cinco categorías de respuesta ubicadas independientemente a su jerarquía de valor (1 a 5), valores no especificados en el instrumento; así como la opción de "otros" que daba margen para algún comentario extra.

El aspirante por su cuenta fue seleccionando la opción que a su juicio correspondía al planteamiento de cada variable; a su término se recogió el cuestionario para dar comienzo a la segunda fase, donde el entrevistador, en base a las respuestas emitidas en el mismo, fue explorando las motivaciones de índole intrínseca y/o extrínseca que impul-

saron al aspirante a la declaración del supuesto perfil. Sobre la "resignificación" de las interrelaciones de sus expectativas vocacionales en contraste con las características del perfil deseable requerido por la FMUAQ.

Para efectos de análisis de los resultados obtenidos en la entrevista, se clasificó la población de aspirantes, al final del proceso de selección\* lo que dio origen a los siguientes grupos:

- a) Aceptados (A): Corresponde al grupo de sujetos que participaron en todo el proceso de admisión, logrando conquistar por méritos propios, uno de los 50 lugares ofrecidos para la matrícula de nuevo ingreso a la FMUAQ (N=50).
- b) No aceptados (NA): Se refiere al grupo de aspirantes que habiendo finalizado el proceso de admisión no logró suficientes méritos que lo hicieran acreedor a uno de los 50 lugares ofrecidos (N=143).
- c) Desertores (D): Pertenece al grupo que decidió abandonar el proceso de selección antes de su término (N=128).\*\*

## ANALISIS:

- Una vez obtenidos los datos de las entrevistas se procedió con el análisis de frecuencia de respuestas, para su concentración de las medidas de resumen pertinentes, y posteriormente se realizó la comprobación de las hipótesis mediante la prueba de Chi cuadrada de independencia, aplicada a las tablas de contingencia 2X2.

## 3. RESULTADOS

La conformación de los perfiles "presentados" por los aspirantes (aceptados rechazados y desertores) muestran características homogéneas entre sí, con marcada tendencia a responder a los indicadores del perfil deseable por la FMUAQ (gráfica 1), mientras que los perfiles "explo-

\*Fundamentos del Proceso de Admisión de aspirantes. Macin L.E. Rincón F.E. Ponencia presentada en II Encuentro Regional y Estatal de Inv. Educ. (junio 1993). Querétaro, Qro.

\*Perfil presentado.- Se refiere al conjunto de características que son valoradas y asumidas por el aspirante.

\*\* Perfil explorado.- (Entrevista) indica la confrontación y revaloración del perfil presentado con el ideal requerido por la institución.

rados" por la entrevista en la citada población de aspirantes, permite diferenciar al grupo de los aceptados en comparación con los grupos de rechazados y desertores, reflejándose en éstos dos últimos acentuada semejanza entre sus características, las cuales se orientan con tendencia contraria al perfil deseable de la FMUAQ (gráfica 2).

Las diferencias entre grupos y entre variables son significativas con base en Chi cuadrada,  $1gI$ ,  $p < .001$ .

Respecto al análisis de cada una de las variables exploradas se obtuvieron los resultados que se concentran en el cuadro 1:

#### 1.- Motivos de elección de la carrera de Medicina:

El perfil explorado en el grupo de aceptados (A) informa que el 18% se impulsa por las ganancias económicas y/o status social que representa

el ejercicio médico; mientras que para los grupos de no aceptados (NA) y desertores (D) los porcentajes se elevan, siendo de 57 y 60% respectivamente.

En relación al motivo de identificación congruente al rol médico, ésta fue encontrada en un 38% para el grupo A, mientras que en los grupos NA y D se dio únicamente en un 5 y 6%, respectivamente.

El gusto por la carrera se detectó en el grupo A en el 44%, en el grupo NA en 38% y en el grupo D en 34%.

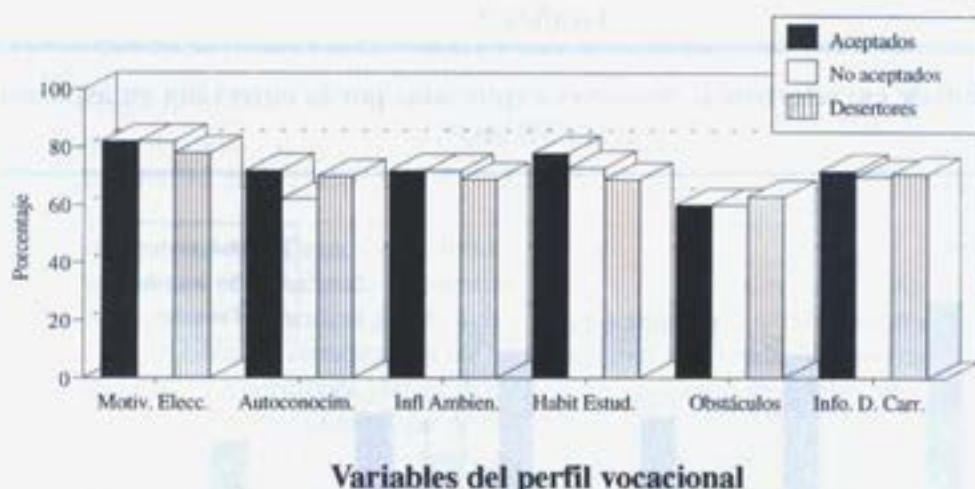
#### 2.- Autoconocimiento:

Para el grupo A se refleja en 16% un nivel impreciso de autoconocimiento, comparados con los grupos NA y D en el que se detecta en el 44 y 47% respectivamente.

Presentado ideas muy generalizadas de su perfil vocacional: grupo A = 16%, grupo NA = 31% y grupo D = 34%.

Gráfica 1.

### Porcentaje obtenido en el perfil vocacional presentado por los aspirantes a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.



\* Es preciso acotar que durante el proceso de admisión se aplican diversas evaluaciones y una de ellas se refiere a la entrevista, la cual tiene un valor de 5%, mientras que el 95% se distribuye en diferentes proporciones a los parámetros restantes, criterios que conjuntamente son considerador para efectos selectivos

\*\*Se excluyeron 28 casos del grupo de los desertores por carecer de entrevista.

Mientras que un autoconocimiento más preciso de cualidades y aptitudes del perfil vocacional se detecta: grupo A : 68% NA 25% y D 19%.

### 3.- Influencias ambientales en la elección de la carrera:

Los hallazgos principales fueron que sólo el 14% del grupo A estuvo bajo influencias de parientes y/o amigos; mientras que en los grupos NA y D los porcentajes se incrementaron a 56 y 48% respectivamente.

La influencia de medios masivos de comunicación la recibieron en las siguientes proporciones: grupo A 42%, grupo NA 37%, y grupo D 33%.

La influencia de personajes reales del entorno médico favorecen la elección en el 42% en el grupo A , únicamente el 12% en el NA y 9% en el D.

### 4.- Hábitos de estudio:

La información recabada sobre la improvisación en los hábitos de estudio extraescolares, mostró que sólo el 8% del grupo A tenía esta característica y para los grupos NA y el hallazgo fue de 29 y 28%.

Los hábitos de estudio medianamente regulares fueron para grupo A = 22%, NA =46% y D=39%.

Por el contrario, cuando se exploran los antecedentes respecto a la consistencia en la disciplina de hábitos de estudio, los resultados del grupo A revelan un 70%; no así en los grupos donde NA fue de 25% y para el grupo D 33%.

### 5.- Obstáculos a superar durante la carrera:

En esta variable uno de los indicadores fue dudas vocacionales, las que se presentaron para el grupo A (18%), grupo NA (43%) y grupo D (48%).

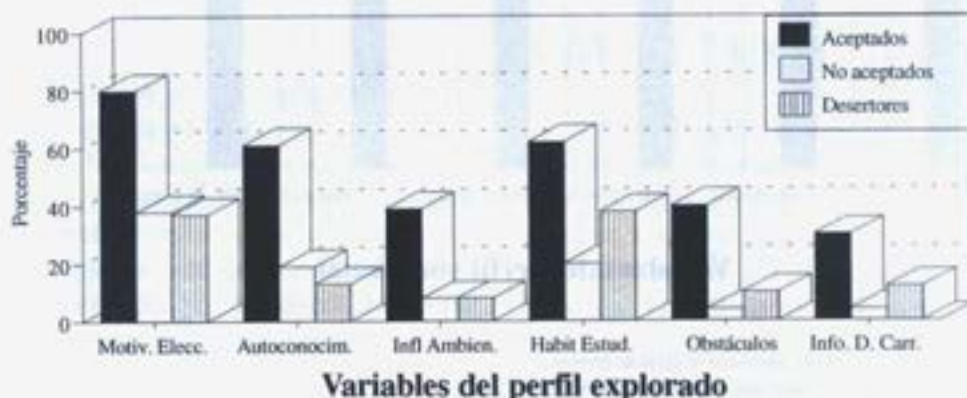
Otro indicador se refiere a falta de tiempo para el estudio, grupo A 14% grupo NA 27% y grupo D 19%.

El obstáculo referido a necesidad de incorporación temprana a una actividad que genere ingresos, se presenta similar en los tres grupos, A 22%, NA 18% y D 22%.

Los problemas normales de la vida cotidiana son para grupo A 46%, grupo NA 12% y grupo D 11%.

Gráfica 2.

## Frecuencia de características deseables exploradas por la entrevista en aspirantes a la FMUAQ\*.



\* Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.



#### 6.- Información sobre la carrera de Medicina:

La información que tenían los aspirantes se agrupó en tres niveles:

Ideas vagas: grupo A = 20%, NA = 52% y D = 47%.

Ideas generales: grupo A = 44%, NA = 36% y D = 36%.

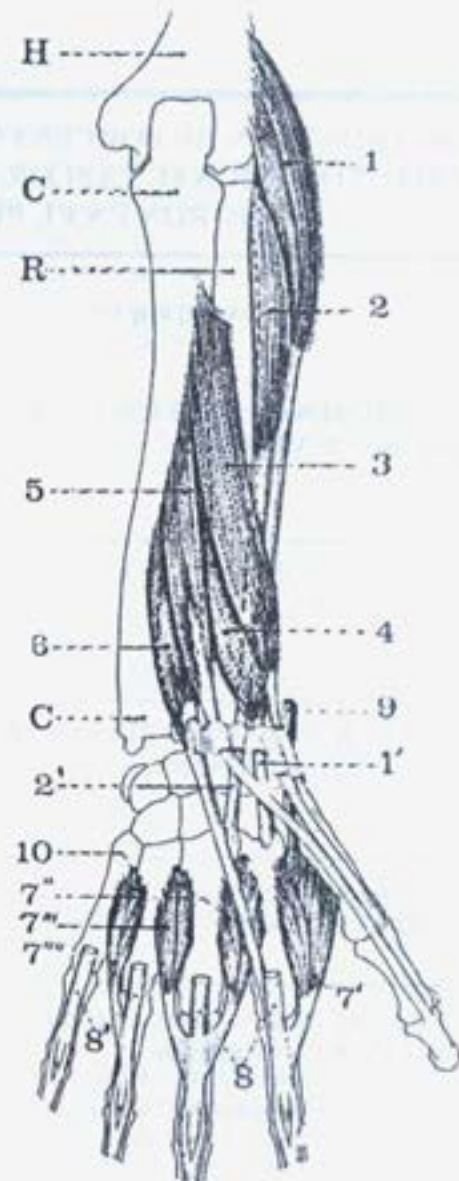
Suficiente información: grupo A = 36%, NA = 12% y D = 17%.

## 4.- DISCUSION

Ante el inminente deseo de asegurar aceptación de ingreso a las universidades, resulta común observar en los aspirantes una conducta intelectualizada en defensa de su perfil vocacional, misma que los estimula a la exaltación de sus aptitudes y cualidades; tal hecho lo confirma la primera parte de los resultados ilustrados en la gráfica 1, donde de acuerdo al perfil presentado por los propios aspirantes todos sin excepción, mostraban correspondencia con el perfil deseable por la institución. (4)

Paralelamente a estas conductas se mantienen en vigencia las prácticas psicométricas masificadas, que en la mayoría de los casos se circunscriben a legitimar un "supuesto" perfil, dando por sentado que este ha sido precedido por un genuino proceso de reflexión y equilibrio, donde el aspirante ha logrado confrontar el conocimiento de sí mismo con los requerimientos del rol profesional al que se aspira. (2,5)

Sin embargo, los hallazgos encontrados por la entrevista vocacional personalizada demuestran que no todos los aspirantes a la Facultad de Medicina habían decidido responsable y conscientemente la elección profesional, esto se corrobora con el perfil explorado al inicio del grupo de aspirantes que desartaron durante el proceso de admisión, así como del grupo de No Aceptados, los cuales habían sido detectados con escasas posibilidades de ingreso dadas las características que conformaban su perfil en su mayoría destacaban motivaciones extrínsecas impulsadas por intereses que iban desde la ganancia económica, el estatus social y/o el gusto por la profesión. (3,8,9)



Asimismo, con respecto a su auto conocimiento, en estos mismos grupos NA y D se percibió que tendían a mostrar referencias poco precisas y/o muy generales de sus rasgos personales. Explicándose con lo anterior su extrema vulnerabilidad a ser sujetos de manipulación externa, tal como, la presión ejercida por el entorno familiar, los amigos y/o los medios masivos de comunicación, encontrándose en estos últimos una difusión parcializada e idealizada de la imagen del rol médico. Es importante destacar que gran parte de estos grupos manejaba información vaga y/o muy general sobre los aspectos relacionados

Cuadro I

**DISTRIBUCION DE PORCENTAJES EN LOS INDICADORES QUE CONFORMAN EL PERFIL VOCACIONAL EXPLORADO EN LOS GRUPOS DE ASPIRANTES QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO DE ADMISION A LA FMUAQ\***

VARIABLES	INDICADORES	GRUPOS		
		A**	NA**	D**
1.- MOTIVOS EN LA ELECCION DE LA CARRERA DE MEDICINA	a) Status y/o ganancias \$	18%	57%	60%
	b) Gusto	44%	38%	34%
	c) Identificación con el rol médico	38%	5%	6%
2.- AUTOCONOCIMIENTO DE CUALIDADES Y APTITUDES	a) Impreciso	16%	44%	47%
	B) Muy generalizado	16%	31%	34%
	c) Preciso	68%	25%	19%
	a) Parientes y/o amigos	14%	56%	48%
3.- INFLUENCIAS AMBIENTALES EN LA ELECCION DE CARRERA	b) Medios masivos de comunicación	42%	37%	43%
	c) Personajes reales del entorno médico.	42%	12%	9%
4.- HABITOS DE ESTUDIO EXTRAESCOLARES	a) Improvisados	8%	29%	28%
	b) Regulares	22%	46%	39%
	c) Consistentes	70%	25%	33%
5.- POSIBLES OBSTACULOS A SUPERAR DURANTE LA CARRERA	a) Dudas vocacionales	18%	43%	48%
	b) Falta de tiempo para el estudio	14%	27%	19%
	c) Necesidad de trabajo	22%	18%	22%
	d) Los normales de la vida cotidiana	46%	12%	11%
6.- INFORMACION SOBRE LA CARRERA DE MEDICINA	a) Ideas vagas	20%	52%	47%
	b) Ideas generales	44%	36%	36%
	c) Suficiente información	36%	12%	17%

\*Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

\*\* (A) Aceptados, (NA) No Aceptados, (D) Desertores.

a la carrera de medicina, principalmente en lo que a las exigencias de la vida escolar se refería, así como a las dificultades que enfrentan los profesionales médicos en el momento de su inserción laboral.(4,5,11)

La interrelación de cada una de las variables exploradas permitió presumir que

alguno de los posibles obstáculos a superar durante la carrera en caso de ingreso para grupos NA y D serían precisamente las dudas vocacionales y/o la falta de tiempo para el estudio, esto último apoyado en su sistema personal de estudio extraescolar, que en su mayoría oscilaba la improvisación y las prácticas de estudio medianamente consistentes.(6)

A diferencia de los grupos D y NA, el grupo de los Aceptados, se caracterizó en su mayoría por la integración de un perfil más coherente, lo que daba margen para inferir mayores posibilidades de ingreso. Se distinguió gran parte de este grupo por tener motivaciones intrínsecas respaldadas en el gusto y la identificación congruente entre sus propios recursos y los requeridos por el perfil deseable de la Facultad de Medicina, esto aunado al auto conocimiento de sus capacidades y cualidades, que fué referido con mayor precisión, lo cual hace que sean menos propensos a la manipulación externa, a pesar de que ellos también estuvieron expuestos a la influencia de los medios masivos de comunicación, dejaron entever que se tiene una actitud más consciente que les permite discriminar las diferencias entre un rol idealizado y uno personificado por el ejercicio de la medicina en el entorno real, mismo que en gran parte de ellos fué la referencia para familiarizarse con la profesión médica.(4,9)

Solamente mediante la proximidad dialógica, que se favoreció durante el encuentro de la entrevista personal, fué posible desentrañar el singular significado del perfil vocacional del aspirante. Dos hechos que confirman el valor predictivo de la entrevista y que serán objeto de publicación posterior son: las razones que expusieron los aspirantes que abandonaron el proceso de admisión (reconociendo sus verdaderas expectativas), y la permanencia estable del grupo de aceptados que están por finalizar el primer año de la carrera, del cual únicamente ha desertado un 4%, cifra muy por debajo de la media nacional.(3,7)

Uno de los beneficios de esta investigación es su confiabilidad sobre la utilidad de la entrevista personal como estrategia de búsqueda para identificar las variables que permiten predecir las posibilidades del desempeño académico. Además se obtienen indicadores y herramientas útiles para reforzar oportunamente el perfil vocacional durante el proceso de admisión.(6,7,8)

A la luz de las consideraciones expuestas, resulta indiscutible, que el ejercicio médico entraña una profunda responsabilidad humana y social, que exige atingencia en la selección de quienes aspiran incorporarse en un futuro como copartícipes en la promoción de la salud. Por lo anterior, nos permitimos dimensionar que la calidad en la formación del médico, se debe anticipar desde la definición de las políticas de admisión que prevalecen en las escuelas y facultades del País.(11,12)

"Es, sin duda, en el espejismo de estos episodios heroicos y espectaculares y no en el pan nuestro del dolor de cada día, en el que se suscita el deseo que luego llamamos vocación"

Marañón G. 1935.9

## 5. AGRADECIMIENTOS

La continuidad del proceso de investigación educativa en la FMUAQ se ha fundamentado en el compromiso y vocación por la excelencia de los tres directores de la misma:

Dr. Víctor Manuel Calderón Calderón	(1978-1985) +
Dr. Carlos Alcocer Cuarón	(1985-1991)
Dr. Salvador Guerrero Servín	(1991- )

Al fructífero de los asesores: Dr. Enrique Gallardo de la O., Dra. Eva Oprzedkiwez De Rusek y colaboración del manuscrito por la Srita. Elidia Corona García. Por su leal tarea a las Lic. Psic. Verónica Aguilar Hernández y Gabriela Calderón Guerrero.

Esta línea de investigación ha conjuntado la visión de todos los que en ella han colaborado.

## REFERENCIAS

1. Narro R J. Editor. Los desafíos de la educación médica: Universidad Nacional Autónoma de México. México 1991.

2. Lewontin R C, Rose S, Kamin J L. No está en los genes. Racismo genética e ideología. Grijalbo, 1991.
3. Bleger J. "La entrevista psicológica" en temas de Psicología. Entrevista y grupos. Buenos Aires; Nueva Visión, 1985.
4. Freud A. El yo y los mecanismos de defensa. Edit. Paidós, 1993.
5. Bohoslavsky R. Orientación Vocacional. La estrategia clínica Nueva Visión, 1984.
6. Jaitin R. El Psicólogo Educativo, el Educador y la Institución. Buenos Aires; Búsqueda, 1988.
7. Matínez R F. El oficio del Investigador Educativo. Programa de la Comisión Editorial. UAA, 1989.
8. Bravo A M. Los estudios de seguimiento: una alternativa para retroalimentar la enseñanza. Revista Perfiles Educativos. UNAM. P.P. 3-18. 1990.
9. Marañón G. Vocación y Ética. Madrid. Espasa-Calpe, 1935.
10. Diccionario de las ciencias de la educación. Edit. Santillán, 1984. 2 tomos.
11. Montilva N L. La Educación Médica y la Salud para Todos. Educ Med Salud. 1991; 25(4): 432.
12. Frenk J M y col. Presente y futuro de la profesión médica. Gac Med Mex 1992; 128:143.

# CARACTERÍSTICAS IDEALES DEL ASPIRANTE A MEDICO.

## Visión introspectiva de alumnos en formación .

José Luis Figueroa Hernández'

**E**n nuestro medio y momento actual, suceden dos fenómenos antagónicos respecto a la orientación profesional. Por un lado se conoce ampliamente el valor que tiene, sobre todo cuando es oportuna, la información para los alumnos acerca de las diversas carreras que existen y la que él ha elegido. Información que se refiere a los contenidos de las carreras, su duración total, el tipo de actividades que deben llevar a cabo y el campo de acción operacional una vez terminada, así como la posibilidad de empleo, desarrollo socio-económico y académico personal dentro de la sociedad.

Por otro lado, a pesar de existir departamentos bien organizados de orientación profesional, algo sucede que dificulta el que realmente los alumnos estén informados oportuna y ampliamente acerca de la carrera que pretenden escoger o que han escogido. Aunado a este fenómeno, no se ha llevado a cabo una campaña de gran cobertura en los niveles medios preparatorios, para hacer saber a los alumnos acerca de las características que el alumno debe reunir para dedicarse a estudiar una profesión determinada.

En el caso particular de la medicina, se ha tratado de averiguar mediante un procedimiento de encuesta, ¿cuales son las características apropiadas, que tiendan a las ideales, que un alumno debe reunir para dedicarse al estudio de la carrera de licenciatura en medicina? , y que le permitan llegar a tener, con cierta facilidad, éxito en su cometido.

La encuesta se ha llevado a cabo, a lo largo de varios años, con muestras pequeñas de alum-

nos de medicina: quienes tienen ciertas características específicas positivas para el aprendizaje, quizá un poco distintas al grueso de los alumnos de nuestra facultad de medicina, puesto que son alumnos que hacen esfuerzos adicionales al inscribirse a el taller de capacitación de ayudantes de profesor en farmacología, tienen un promedio mínimo de 8 y pertenecen al 3er. ciclo o por arriba de este.

En algunos casos las respuestas son comunes a un amplio número de alumnos y en otros casos son pocos o solo algunos de los alumnos los que dan una respuesta menos frecuente; sin embargo se toman en cuenta todos los tipos de respuestas proporcionales a la pregunta, se recopilan se agrupan y se presentan a continuación.

### Que sea :

- Agil (buscar lo que necesita cuando no se lo dan)
- Altruista
- Amante del estudio
- Audaz
- Capaz de elaborar preguntas, de cuestionar
- Capaz de sacrificar algunos aspectos del bienestar personal (diversiones, novia, etc.) por el estudio
- Consciente de sus actos
- Constante en el estudio
- Dedicado para estudiar tiempo completo
- De fuerte carácter
- Disciplinado
- Honesto y respetable

Ya no es necesario...

Ahora eficacia con menos dosis

# CIPROFLOX

ANTIMICROBIANO

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

**CIPROFLOX** (Ciprofloxacino) cápsulas. Antimicrobiano de amplio espectro. **FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION:** Cada cápsula contiene: Clorhidrato de ciprofloxacino monohidratado equivalente a 250 y 500 mg de ciprofloxacino. Excipiente c.s.p. 1 ó capsula. **INDICACIONES:** Infecciones osteoarticulares, ginecológicas, respiratorias, de oído medio, sinusitis, de tejidos blandos, vías urinarias, de los órganos genitales, fiebre tifoidea, shigelosis y cualquier proceso infeccioso bacteriano producido por gérmenes sensibles. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a el ciprofloxacino o a otras quinolonas, menores de 18 años, embarazo y lactancia. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD. **CIPROFLOX:** no produce efectos mutagénicos, teratogénicos ni sobre la fertilidad. No se ha establecido su seguridad en mujeres embarazadas. Ya que el ciprofloxacino es distribuido en leche materna y debido a que se han observado alteraciones del cartilago de crecimiento en animales de laboratorio deben evaluarse los posibles riesgos beneficios para la paciente y el producto en leche materna. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** Reacciones gastrointestinales (náuseas, anorexia, meteorismo, dolor abdominal, dispepsia, diarrea, vómito), del S.N.C. (cefalea, cansancio, insomnio, irritabilidad, trémulo); hipersensibilidad (tipo rash cutáneo, prurito, fiebre); de la musculatura esquelética; cardiovasculares (taquicardia). **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** Bajo la administración oral, los antiácidos que contienen minerales reducen la absorción del ciprofloxacino. El ciprofloxacino puede aumentar el nivel sérico de teofilina con un aumento de la vida media de eliminación de esta última (por lo que se recomienda ajustar la dosis). En el uso concomitante con ciclosporina se ha observado aumento de la creatinina sérica. La administración de CIPROFLOX junto con glibenclamida puede potencializar el efecto de esta última. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS:** Como cualquier otro ácido orgánico, este fármaco debe emplearse con precaución en pacientes con antecedentes de crisis convulsivas (epilépticos y/o enfermos con lesión del S.N.C.). No se ha establecido la eficacia y seguridad en pacientes pediátricos, por lo que se recomienda no utilizarlo en aquellos pacientes que no han alcanzado la pubertad. Hasta el momento no se han demostrado efectos carcinogénicos. **DOSES Y VIA DE ADMINISTRACION:** Oral, se han realizado diversos estudios clínicos, que revelan que dependiendo del sitio de localización de la infección, germen causal y estado clínico del paciente en cuestión se puede utilizar de 500 a 1500 mg/día de ciprofloxacino por el tiempo que juzgue necesario el clínico, dividido en dos dosis al día. Se recomienda dosis única de 500 mg en el tratamiento de Uretritis gonocócica no complicada. La duración del tratamiento debe prolongarse de 48 a 72 horas después de la desaparición de la fiebre o de los síntomas clínicos se recomienda en: Gonorrea aguda 1 día, infecciones renales, vías urinarias y cavidad abdominal 7 días, en la fase neutropénica de pacientes con defensas disminuidas, osteomielitis 2 meses, en infecciones por *Escherichia coli* y *Clamidia* 10 días y de 7 a 14 días en las otras infecciones. Se recomienda reducir la dosis si el aclaramiento de creatinina está por debajo de 20 ml/min. o cuando la creatinina sérica sea mayor de 3 mg/100 ml, se administrará la mitad de la dosis normal cada 12 horas o la dosis normal cada 24 horas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL:** MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS): Hasta el momento no se han reportado, pero en caso de que se llegaran a presentar se recomiendan medidas de soporte como lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 250 mg. CIPROFLOX caja con 12 cápsulas de 500 mg. CIPROFLOX caja con 6 cápsulas de 500 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Manténgase 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.

Hecho en México por:  
Laboratorios Senosiain S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey No. 221  
Ex. Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
No. de Regl. 303M87 y 004M91 S.S.A.  
Clave: CER-362994 AEJR-3213W95 LP.P.R.

**CIPROFLOX**<sup>®</sup>  
SENOSIAIN

**S**  
CIPRO-01-94A

◆ 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 FORMULACION:** Cada cápsula contiene: omeprazol 20 mg Excipiente c.s.p. 1 cápsula. **INDICACIONES TERAPEUTICAS:** Esofagitis por reflujo, úlcera gástrica, úlcera duodenal, Síndrome de Zollinger-Ellison y en todos aquellos estados hipersecretores 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, cefalea, mareo, insomnio y parestemias. 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 teofilina. **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 endocriomiales 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 esofagitis 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 esofagitis 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, ésta deberá ser dividida en dos tomas. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (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:** Literatura exclusiva para médicos. No se deje al alcance de los niños. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México por:  
Laboratorio Senosiain S.A. de C.V.  
Camino a San Luis Rey No. 221  
Ex-Hacienda de Santa Rita, Celaya, Gto.  
Número de Reg. 003M91, S.S.A.  
Clave AEAR-29350/94 I.P.P.R.  
Clave IELJ-23861/94

**Ulsen**<sup>®</sup>  
SENOISAIN



U.L.S.E. 00044

- Humanista
- Humano
- Joven, no mayor de 20 años
- Libre de pensamiento
- Responsable, cumplido
- Seguro de sí mismo y ante otras personas
- Sistemático
- Sociable, sincero, franco y abierto
- Tenaz
- Terco para elegir esta carrera.

### Que no :

- Sea conformista
- Tenga pavor al ver sangre y muertos
- Trabaje en asuntos no relacionados con la carrera o profesión

### Que conozca :

- Cuál es la función de un médico
- El idioma inglés
- Las fuentes de información
- Que en lo sucesivo manejara aspectos relacionados con la vida humana
- Que la medicina no enriquece, que su práctica debe ser honesta y escrupulosa
- ¿Qué es la medicina? y que primero es preventiva y después curativa
- Que "La medicina cura algunas veces pero consuela siempre" (I. Chávez)
- Sus errores, los acepte y los corrija
- Sus objetivos profesionales.

### Que desee :

- Ayudar al prójimo y a la sociedad
- Dedicarse y ser estudiante de tiempo completo
- Hacer bien todas las cosas relacionadas con el estudio y el ejercicio profesional
- Ingresar a la medicina
- Presentar un examen de admisión
- Ser excelente o buen alumno
- Ser médico y dedicarse tiempo completo a ello

### Que tenga :

- Aptitudes para la medicina
- Buen nivel académico
- Buena preparación con mínimos conocimientos en ciencias biológicas (bioquímica, biología, psicología) y exactas (física y matemáticas)
- Capacidad de resumir y memorizar
- Conciencia del ritmo futuro de su vida profesional, del papel del médico en la sociedad
- Criterio amplio
- Deseos de superación
- Disposición de hacer su mejor esfuerzo en la carrera y profesión
- Ganas de ayudar a la gente, sin fines lucrativos
- Habilidad en el manejo de instrumentos
- Interés en aprender
- Interés en las ciencias biológicas
- Interés en la investigación
- Inventiva y curiosidad
- La capacidad de adaptarse a distintas situaciones, medios socio-económicos o religiosos
- Medios económicos suficientes, ya que es cara la carrera
- Preparación vocacional previa, vocación y cariño por las ciencias médicas, seguridad en su vocación
- Sed de conocimientos, la necesidad de aprender más
- Un buen cociente intelectual
- Un lenguaje claro
- Voluntad, decisión, paciencia y equilibrio personal.

Es necesario considerar que este tipo de pregunta abierta, en un taller de formación de profesores, los toma por sorpresa. Es posible que algunos nunca antes hayan pensado en ello y también es posible suponer que algunos ya lo han hecho, sobre todo aquello que de alguna manera han desarrollado cierto grado de autocritica.

Es interesante reflexionar acerca de las razones posibles que hacen opinar de las maneras anteriores a las personas que ya están enroladas en la carrera de medicina, como alumnos. Quizá a lo largo de sus cursos formales se han dado cuenta de qué características poseen, de cuáles carecen y en que medida les ha ayudado o dificultado su transitar por las diversas materias cursadas.

Cuando la información que ellos proporcionaron, les es devuelta en forma ordenada, se le acompaña de la siguiente



pregunta : ¿sí usted hubiese tenido esta información en sus manos antes de decidirse por elegir una carrera, le hubiera sido útil en su decisión? y ¿una vez que usted eligió medicina, la información que se le presenta, le hubiera ayudado en sus logros escolares?

La respuesta unánime ha sido que sí les hubiese ayudado, tanto a la elección como en sus logros escolares.

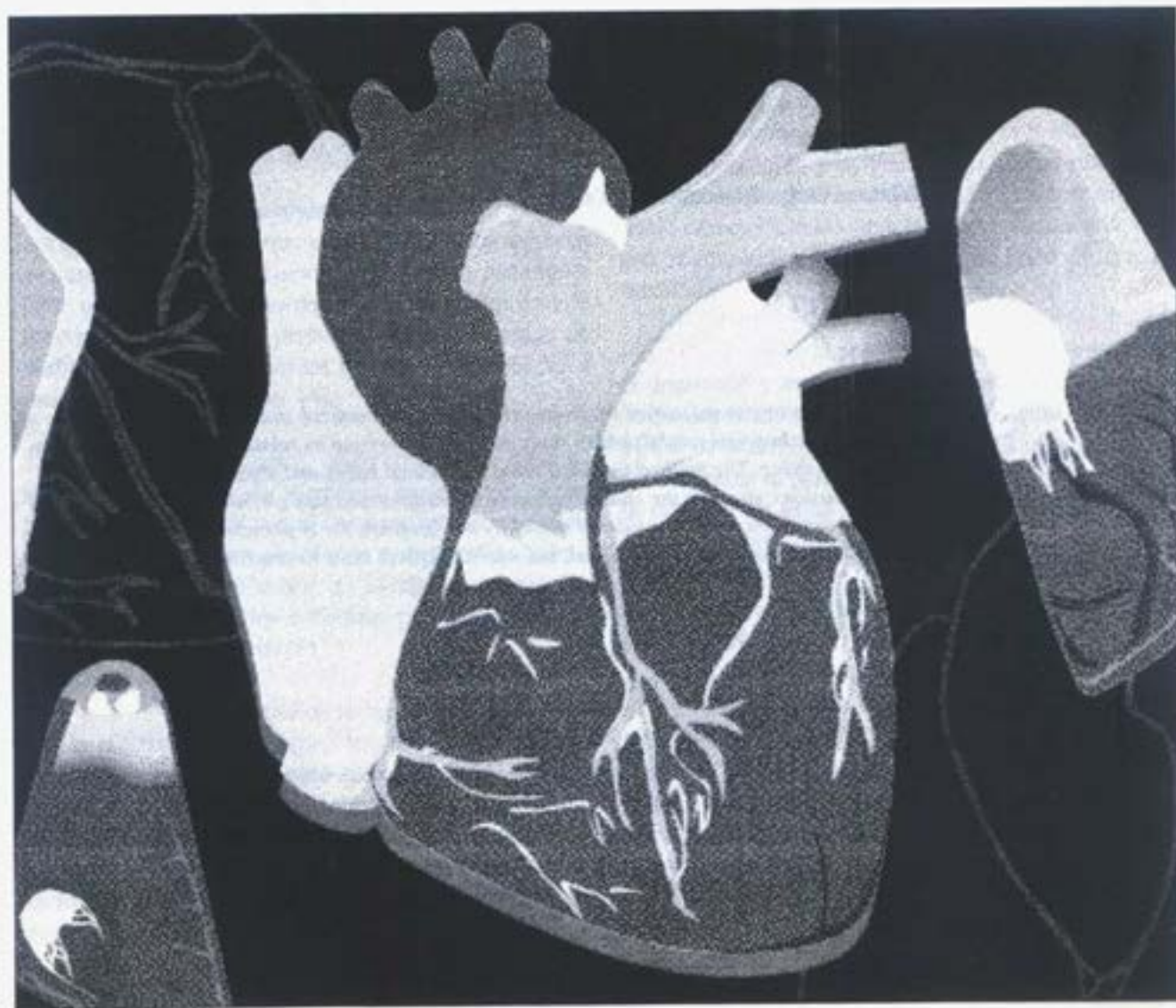
Por esta razón se piensa que es necesario difundir esta información, de una manera muy amplia, tanto en los alumnos que ingresan a la Facultad de Medicina, cuanto, y principalmente, a los alumnos del nivel secundario y medio.

También creemos que la información puede llegar a producir un desánimo en los aspirantes a estudiar

medicina, pero siempre será mejor elegir un camino con los ojos abiertos conociendo que tipo de esfuerzos debe uno de realizar y que se espera de uno, que elegir cualquier sendero, fácil o difícil, con los ojos cerrados.

*Responsable:*

M. en C. José Luis Figueroa Hernández  
Departamento de Farmacología  
Facultad de Medicina, UNAM  
Ciudad Universitaria, México D.F.  
CP 04510 Tel. 6 23 21 65 (oficina)  
Fax 6 16 14 89  
6 55 15 38 (casa )  
Apdo. Postal 70297



# EL ESTUDIANTE DE MEDICINA ANTE LA MUERTE Y EL DUELO.

## Una experiencia de capacitación<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Lic. Asunción Álvarez del Río.

<sup>3</sup> Dra. Ileana Petra Micu.

<sup>4</sup> Dr. Alejandro Díaz Martínez.

### Resumen

Con el fin de favorecer una participación activa en estudiantes de primer año de medicina en el conocimiento de la muerte, se realizó un taller para estudiar la muerte y el duelo y su relación con la atención médica del paciente terminal. La metodología comprendió una sección de exposición teórica y otra de trabajo de los alumnos en pequeños grupos de discusión. Se analizaron las conclusiones de los alumnos en relación a las unidades estudiadas y al taller. Los estudiantes consideraron muy útil la experiencia por el hecho de haber podido abordar abiertamente el tema de la muerte, del que generalmente no se habla, y que ellos van a enfrentar en su práctica.

**Palabras clave:** Muerte, educación, estudiantes, medicina.

### Abstract

*In order to promote the active involvement of first year medical students in the knowledge of death, a workshop was established to study death and grief and its relationship to medical attention for the dying. The method included some theoretical bases and small group discussions. The conclusions given by the students on each thematical unit and on the workshop were analyzed. The experience was considered useful by the students, for it permitted them to talk openly about death, a subject usually avoided, but which they will have to confront in daily practice.*

**Key words:** Death, education, students, medicine.

**INSTITUCION EN DONDE SE LLEVO A CABO EL TRABAJO** Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina U.N.A.M.

Dirección: Lic. Asunción Álvarez del Río

Unión 77-A-201.

Col. Escandón. C.P. 11800

Teléfono: 5-16-65-53

6-23-21-30

1 Trabajo presentado en el 2o Congreso Nacional de Tanatología. Septiembre de 1994.

2 Profesor del Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. U.N.A.M.

3 Coordinador de Enseñanza del Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. U.N.A.M.

4 Jefe del Depto. de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina U.N.A.M.

## **INTRODUCCION:**

Lo que principalmente distingue el tratamiento del paciente terminal del que se brinda a otros pacientes, es la presencia de la muerte. La capacidad de los médicos para incluir esta realidad en su práctica, está influida por motivaciones muy complejas que incluyen sus criterios profesionales, su personalidad y su particular concepción sobre vivir y morir.

En general, cuando se sabe que el fallecimiento de un paciente es inevitable, la atención a éste disminuye y a veces incluso desaparece. Pero también puede suceder que no se acepte este desenlace y el médico quiera seguir luchando para modificarlo a través de tratamientos que prolonguen por cierto tiempo su vida, sin tomar en cuenta el sufrimiento que implique para el enfermo y los familiares.

Al médico le resulta muy difícil la relación con el paciente y sus allegados cuando ya no existe curación posible, porque su formación no lo prepara para incluir el tema de la muerte en la comunicación con aquéllos (1,2,3).

En este sentido, Debora Willey considera que la capacitación que se da a los futuros médicos es insuficiente. De acuerdo con ella, el estudiante debe poder reconocer las respuestas culturales ante la muerte, sus reacciones personales, y la influencia de ambos tipos de respuesta en la interacción que va a establecer con el paciente (4).

Por su parte, Sherr considera esencial que los estudiantes de medicina reconozcan cuales factores relacionados con el tema les producen angustia. También sugiere enseñarles a desarrollar habilidades de comunicación que les ayuden a manejar las relaciones tanto con los enfermos próximos a morir, como con sus familiares (5).

Varios estudios se han ocupado en evaluar la efectividad que tienen los programas de educación sobre la muerte para reducir la angustia que ésta produce. De acuerdo a Johansson, quien examinó efecto inmediato de esos programas para estudiantes, la angustia se reduce en aquellos que han tenido contacto con pacientes moribundos y aumenta en los que no los han tenido; sugiere que la parte más importante

de los programas sería supervisar las experiencias con los moribundos una vez que los estudiantes tienen contacto con ellos (6). Por su parte, Whelan y Warren realizaron un taller de concientización ante la muerte y encontraron que la angustia de los estudiantes no cambió de inmediato, pero sí se observó una reducción dos meses después, comprobaron entonces que la participación activa de los sujetos en el taller modificó sus actitudes, tanto a nivel cognitivo, como emocional (7).

Otros autores, que han evaluado la eficacia de los cursos de tanatología dirigidos a médicos, encontraron que quienes los han recibido tienen sentimientos y reacciones más abiertas y positivas hacia los enfermos próximos a morir y no evitan la comunicación con ellos (8,9).

En México, la capacitación que recibe el estudiante en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, en torno a la muerte y el duelo, consiste básicamente en una aproximación teórica que se dan en el primer año de la carrera. El alumno en esta etapa de la formación, aún no ha iniciado su práctica, por lo que la revisión de estos temas puede resultarle ajena., hablar de muerte y duelo parece incluso oponerse a la motivación de curar que seguramente influyó en la elección de estudiar medicina.

Con el presente estudio damos a conocer el desarrollo y evaluación de un taller sobre muerte y duelo impartido a estudiantes de medicina, durante los meses de marzo y abril de 1994. El objetivo central fue favorecer la participación activa de los alumnos en la revisión de estos temas y conocer las principales ideas y temores que ellos asocian con la atención del paciente moribundo.

## **MATERIAL Y METODOS.**

El taller se dio a 91 alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Esta actividad se incluyó como parte de la materia de Psicología Médica I que se imparte en el primer año de la carrera. Los estudiantes pertenecían a tres grupos de alto nivel de rendimiento académico. La edad promedio fue de 19 años, la máxima de 22 y la mínima de 17 años. De los 91 estudiantes, 47 hom-

bres (51.6%) y 44 mujeres (48.4%). Cuarenta y seis alumnos (50.6%) procedían de escuela particular laica, 31 (33.7%) de escuela particular religiosa, 9 (9.6%) de la UNAM y 5 (6%) de CCH y otras. Aunque no se preguntó, puede inferirse un nivel socioeconómico medio-alto en la mayoría de los estudiantes, ya que provenían de escuelas particulares.

El ejercicio educativo estuvo a cargo de una psicóloga que se encargó de exponer los temas teóricos, coordinar las actividades de los alumnos y guiar sus discusiones para que llegaran a ciertas conclusiones. También participó como observadora una psiquiatra que se ocupó de señalar las actitudes sobresalientes de los estudiantes y comentar el desarrollo del taller. Este tuvo una duración de 10 horas, distribuidas en 2.5 horas de exposición por parte del profesor, 4.5 horas de trabajo grupal y 3 horas de trabajo individual.

Al iniciar el taller se entregó a cada estudiante un manual que incluía: 1) Temario y cronograma de actividades; 2) Cuestionarios; y 3) Bibliografía general y específica para cada subtema, incluyendo una fotocopia de tres de las referencias citadas.

La actividad se inició con el tema de las actitudes ante la muerte. Para introducirlo, se expuso y comentó una revisión histórica de los cambios generales que éstas han experimentado a través de las diferentes épocas. Enseguida se analizaron las actitudes actuales del médico ante la muerte, considerando la relación y la comunicación que establece con el paciente terminal, con sus familiares y con el personal de asistencia. Para esto, los alumnos leyeron un texto sobre el tema y se organizaron en equipos para resolver un cuestionario. Este incluía preguntas tales como si consideraban que se debe informar a un paciente que va morir a causa de su enfermedad, si pensaban que el médico se ve afectado personalmente por la muerte de sus pacientes, entre otras (anexo 1). Las respuestas se presentaron a los diferentes equipos y se discutieron entre todos.

Se cerró el tema con el análisis de las actitudes del paciente ante la muerte. Para ello se

expusieron y comentaron las etapas del proceso de morir según Kubler-Ross y algunas ideas del ensayo de Norbert Elías sobre la soledad de los moribundos.

Para trabajar el siguiente tema que fue el duelo, se presentaron las características del proceso normal, incluyendo su explicación psicodinámica y señalando tanto los factores que lo facilitan, como aquéllos que lo obstaculizan. La parte correspondiente al duelo patológico fue trabajado por los alumnos a partir de la lectura de una bibliografía seleccionada y la resolución en trabajo grupal de un cuestionario (anexo 2) cuyas conclusiones se expusieron al total del grupo.

En la última parte del taller se solicitó a los estudiantes que comentaran por escrito sus puntos de vista para evaluar el taller.

Se analizaron los escritos de los alumnos, así como las observaciones del maestro y del psiquiatra. En los resultados se señalan los comentarios más representativos y las actitudes más sobresalientes de los estudiantes ante los diversos temas.

## RESULTADOS:

La modalidad participativa del taller facilitó que los estudiantes se interesaran en los temas de la muerte y el duelo como una realidad que les concierne desde el punto de vista personal y profesional. Al combinar el material bibliográfico sobre los temas con cuestiones que guiaran su lectura, se facilitó la discusión y la obtención de conclusiones. De esta forma se propició la reflexión sobre situaciones concretas que los estudiantes van a enfrentar al ejercer su profesión. En especial despertó un gran interés la discusión acerca de las actitudes del médico ante el paciente terminal y sus familiares.

Los estudiantes demostraron preocupación por orientarse en la forma correcta de proceder como médicos en relación a la comunicación con el enfermo próximo a morir, la eutanasia, el aviso de un fallecimiento a los familiares y la atención médica a niños desahuciados.

Durante el taller no se dieron soluciones concretas a modo reglas; más bien se definieron algunos principios generales para fundamentar las decisiones y acciones de los futuros médicos, advirtiéndoles que hay que reconocer las particularidades de cada caso. Aún así, los estudiantes insistieron en pedir indicaciones concretas de cómo actuar.

Un problema que se discutió es el de la responsabilidad del médico de comunicar a un paciente que va a morir a causa de su enfermedad. Se revisaron los argumentos a favor y en contra de informar, y los estudiantes llegaron a las siguientes conclusiones: 1) En la mayoría de los casos debe informarse al enfermo porque éste tiene derecho a conocer su situación. 2) Puede haber casos en que no convenga informar debido a que el paciente no podría manejar el hecho de saber que se va a morir. 3) Para que el médico pueda decidir qué es más conveniente, debe guiarse por las necesidades del paciente y no por las suyas; debe procurar conocerlo suficientemente, y propiciar una comunicación que dé oportunidad al enfermo de expresar todas sus preguntas. 4) Se desecharon otras razones que suelen darse para no informar como es el temor a que se suicide el enfermo o la idea, en el caso de niños, de que éstos no pueden comprender el concepto de muerte. 5) Cuando la cura no es posible, el médico puede seguir ayudando al enfermo acompañándolo, escuchándolo y respondiendo con claridad a sus preguntas; en otras palabras, puede apoyarlo sin darle falsas esperanzas.

Del duelo, los alumnos se preguntaron qué le corresponde hacer al médico con los familiares de un paciente que muere. Se comentó la importancia de hablarles con claridad durante la enfermedad para que ellos también puedan prepararse al hecho inevitable de la muerte. Sin embargo, se reconoció que el médico no puede hacer mucho más por los familiares pues la muerte del enfermo suele marcar el final de la relación con el médico. Los deudos deben buscar el apoyo necesario para hacer su duelo en otro lugar; si el proceso normal fracasa y surgen síntomas patológicos, deberán buscar ayuda especializada. Al respecto se definieron las siguientes conclusiones: 1) Existe un gran vacío para cubrir la necesidad de apoyo social que se requiere cuando se pierde a una persona cercana. 2) Esta carencia se ha incrementado en nuestra época por la dificultad general que se tiene para dar socialmente un lugar a

la muerte. 3) No sólo corresponde al médico atender esta necesidad, sino que es competencia de todos como seres sociales. Habría que recuperar -se dijo- el apoyo que en épocas pasadas proporcionaba la comunidad para mitigar el dolor inherente a la muerte.

Algunos datos que aportó el observador sobre las actitudes y comentarios de los estudiantes durante la experiencia fueron: 1) Las discusiones que privilegiaron los alumnos en la primera sesión, después de escuchar una revisión general sobre el tema, indicaban un mayor interés por los familiares vivos que por el paciente que muere; es decir, sus comentarios se encontraron en lo que sucedía con los deudos de alguien que moría, mucho más que en la persona que está por morir. 2) Los alumnos siguieron un proceso de asimilación que posibilitó un cambio de actitud en ellos: el estado inicial de inquietud revelado por sus risas nerviosas, fue sustituyéndose paulatinamente por conductas interesadas y participativas. 3) Los alumnos que habían crecido en un ambiente rural hablaron de experiencias infantiles en las que la muerte se veía con cierta familiaridad y de haber participado directamente de los rituales de duelo; mientras que los estudiantes que siempre habían vivido en áreas urbanas comentaron que habían sido apartados de esas experiencias y sólo las reconocían a través de las conductas y sentimientos que les transmitían sus familiares más cercanos.

Del análisis de los comentarios de los alumnos para evaluar el taller, señalaremos las conclusiones más representativas. Como aspectos positivos mencionaron: 1) que favoreció entre los alumnos la participación activa y la discusión abierta de un tema del que en general es difícil hablar pero del que todos tienen algo que decir; 2) los hizo conscientes de situaciones que van a enfrentar como futuros médicos y les permitió formarse cierta idea de cómo actuar; 3) propició la reflexión y modificación de algunas ideas sobre su visión personal de la muerte; 4) fué muy útil la bibliografía de los diferentes temas. Los aspectos que sugirieron mejorar fueron: 1) Incluir más casos para ejemplificar los temas revisados e invitar a médicos a que hablen de sus experiencias., 2) alargar la

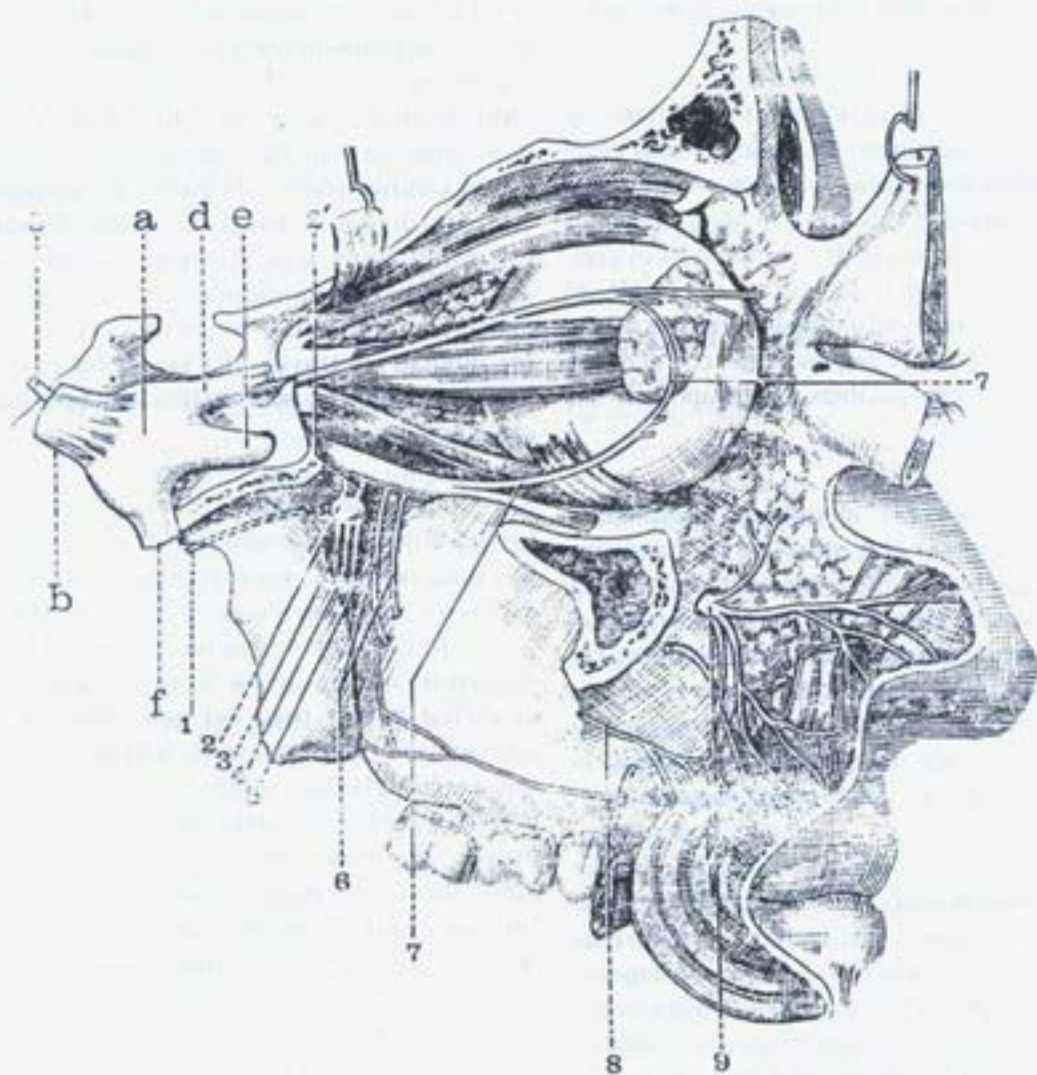
duración del taller para profundizar en las situaciones que más frecuentemente enfrenta el médico en relación a la muerte y el duelo; 3) favorecer una mayor participación de algunos estudiantes en el trabajo por equipos; y 4) incluir más datos sobre la visión cultural de la muerte en México.

## DISCUSION Y CONCLUSIONES.

Es adecuado realizar actividades como esta desde el principio de la carrera, porque se despierta en los estudiantes la conciencia de que

la muerte y el duelo son realidades que les conciernen por su futura práctica. La reflexión y discusión sobre estos temas, les ayuda a definir lo que consideran la manera correcta de actuar de los médicos en las situaciones en que se confronta la muerte. Determinan esto en función de sus valores, que de hecho han sido conformados mucho antes de iniciar los estudios de medicina.

El pensar y hablar sobre la muerte también favorece que los alumnos vayan descubriendo sus propias respuestas emocionales ante las situaciones en que ella está presente. No se profundizó este aspecto en el taller, pero será



muy beneficioso que se haga a partir del momento en que la práctica confronte a los estudiantes de manera directa con la muerte. La comprensión de sus reacciones afectivas facilitará su relación con sus futuros pacientes terminales.

En acuerdo con los estudiantes, consideramos que resultaría muy conveniente invitar a médicos con años de práctica para que les transmitan sus experiencias y ejemplifiquen con sus casos de qué manera han resuelto ellos algunas de las situaciones problemáticas revisada. Con base en la lectura, podrían plantear preguntas sobre las situaciones concretas que más les inquieta saber cómo resolver. Desde luego, es importante que sean médicos que incluyan la problemática de la muerte son sus pacientes que se cuestionen y busquen soluciones a las dificultades que surgen en la relación con el paciente terminal.

La aportación más importante del taller fue introducir a los alumnos en el tema de la muerte y el duelo, no como algo lejano y ajeno, sino como algo que les incumbe directamente por su elección profesional. Constituye una referencia muy valiosa para su futura práctica que desde el inicio de su carrera puedan reconocer en sí mismos una serie de valores para decidir las acciones más correctas a seguir en las situaciones asociadas a la muerte. Los programas de formación deben proporcionar las herramientas necesarias para que los futuros médicos puedan realizar tales acciones. Desde luego, su práctica exigirá que mantengan una actitud reflexiva sobre sus valores y algunos podrán modificarse de acuerdo a su experiencia. Lo lamentable sería que los alumnos terminen convencidos de que lo que consideraban apropiado no lo es tanto, por el simple hecho de que no saben cómo aplicarlo.

La propuesta de recuperar para el enfermo y los familiares el apoyo social que en otras épocas daba un carácter más tolerante al dolor inherente a la muerte, se aplica también para los estudiantes. Nuestra propuesta es que en el difícil aprendizaje de incluir la muerte

como una parte de su práctica, los futuros médicos se sientan acompañados y apoyados.

## REFERENCIAS

1. Pawling K. Truth-Telling as medical intervention. *Advances in Thanatology* 1993; 7:69-73.
2. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ, et al. The physician is responsibility toward hopelessly ill patients. A second look. *N Engl J Med* 1989; 320:844-849.
3. Eggerman S, Dustin D. Death orientation and communication with the terminally ill. *Omega* 1986; 16:255-265.
4. Willey D. On death and doctors: an exploration of how medical students are trained to deal with the emotional needs of their dying patients. *Advances in Thanatology* 1980; 4:61-67.
5. Sherr. La capacitación del Cuerpo médico.. una necesidad, no un lujo, en: *Agonía, muerte y duelo*. México: El manual moderno, 1992.
6. Johansson N, and Lally T. Effectiveness of a death education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega* 1990-1991; 22:25-31.
7. Whelan WM, Warren WM. A death awareness workshop: theory application and results. *Omega* 1980-1981; 11:61-71.
8. Dickinson G, Pearson A. Death education and physicians' attitudes toward dying patients. *Omega* 1980-1981; 11:167-74.
9. Brent BS, Speece NW, Gates MF, Kaul M. The contribution of death-related experiences to health care providers' attitudes toward dying patients: II Medical and nursing students with no professional experience. *Omega* 1992-93; 26:181-205.

## **Anexo 1.**

Cuestionario. Las actitudes del médico ante la muerte.

- 1.- ¿Se debe o no informar a un paciente que va a morir a causa de su enfermedad?  
Qué aspectos se deben tomar en cuenta para tomar la decisión de informar o no?  
¿Cuáles serían los aspectos favorables de informar y cuáles los desfavorables?  
¿Cuáles serían los aspectos favorables de no informar y cuáles los desfavorables?
- 2.- ¿De qué manera puede ayudar un médico a su paciente cuando ya no es posible la cura?
- 3.- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta un médico en la atención del paciente terminal?
- 4.- ¿Usted considera que el médico se ve afectado personalmente por la muerte de sus pacientes?  
  
Explique.
- 5.- ¿Enumere algunas medidas que pudieran facilitar al médico su labor ante el paciente terminal?
- 6.- ¿De la lectura realizada, comente algún otro aspecto que le haya llamado la atención?

## **Anexo 2**

Cuestionario. El duelo patológico

Con base en la lectura del artículo Los problemas psiquiátricos posteriores al duelo de Colin Murray, responda las siguientes preguntas.

- 1.- ¿Cuáles las dos causas principales de los problemas psiquiátricos posteriores al duelo?
- 2.- ¿Dé dos ejemplos de muertes que pueden resultar especialmente traumáticas.



- 3.- Mencione algunas de las características que pueden observarse cuando una persona vive traumáticamente la muerte de alguien.
- 4.- Dé un ejemplo de circunstancias que hacen más vulnerable a una persona a tener un duelo más conflictivo de lo esperado.
- 5.- ¿Cómo pueden influir positivamente en el duelo las actitudes culturales y familiares?
- 6.- ¿En qué sentido dice el autor que el duelo puede ser una oportunidad para descubrir nuevas identidades?
- 7.- De acuerdo al autor, ¿qué papel debe tener la medicación en el tratamiento del duelo?

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

# Facicam<sup>20</sup>mg

 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.s. **INDICACIONES:** FACICAM es un agente antiinflamatorio, analgésico, y antirreumático no esteroide que está indicado en: **ENFERMEDADES REUMÁTICAS ARTICULARES:** artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis gálicas, osteoartritis, **ENFERMEDADES REUMÁTICAS EXTRAARTICULARES:** bursitis, tenositis, periartritis escapulo-humeral (hombro doloroso), bursitis, tendinitis, **afeciones musculoesqueléticas traumáticas y deportivas,** contusiones, esguinces, luxaciones, desgarramiento muscular. **Darwinismo primario.** **CONTRAINDICACIONES:** No se administra durante el embarazo, lactancia y niños menores de 2 años. Úlcera péptica activa. **En pacientes con antecedentes de asma, rinitis o urticaria por la administración de ácido acetilsalicílico y otras drogas antiinflamatorias no esteroideas, hipersensibilidad afección severa, disfunción sanguínea, 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 distorsión 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 epigastralgia, estomatitis, anorexia, náuseas, constipación, 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 de mente, parestesias 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. **Disminución en la Hemoglobina y Hematocrito,** sin que se hallen asociados a sangrado evidente, se han informado casos de anemia, trombocitopenia y purpura trombocitopénica, leucopenia y eosinofilia y casos de anemia aplásica y apéndice, ictericia y hepatitis, papilomas y litiasis. **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. **DOSIS Y VÍA 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 distorsión 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 manifestación. **SOBREDOSIIFICACIÓN:** en su caso deben darse las medidas de soporte y la administración de carbón activado. **PRESENTACION:** CAJA CON 20 CÁPSULAS DE 20 MG, CAJA CON 20 CÁPSULAS DE 10 MG. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conserve en lugar fresco y seco.

Hecho en México por LABORATORIOS SENOSIAN, S.A. de C.V.  
Ex-Hacienda de Sta. Rita  
Carrera a San Luis Rey 201, Ex-Hita, Sta. Rita Celaya, Gto.  
Reg. Num. 002882 S.S.A. Clave I Med. IEJ-19356/93 Clave RFE-1300/S.P.P.R.  
Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica.

**Facicam<sup>R</sup>**  
SENOSIAN

# Detrás de un gran hombre...

## Hay un gran antagonista H<sub>2</sub>

# Durater

### Que le ofrece:

- ▶ Efectividad en el manejo de la fase aguda de los trastornos ácido péptico.
- ▶ Control de la secreción por 12 horas.
- ▶ Pronto alivio de la sintomatología
- ▶ Cicatrización desde las primeras semanas de tratamiento.

**DURATER (FAMOTIDINA)**, Antagonista Selectivo de los receptores H<sub>2</sub> de una sola dosis. FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN: Cada comprimido contiene: Famotidina 20 y 40 mg. Excipiente c.p.p. 1 comprimido. **INDICACIONES TERAPÉUTICAS:** Está indicado en el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, esofágica por reflujo, en la terapia de mantenimiento de la úlcera péptica, Síndrome de Zollinger-Ellison y en situaciones donde es necesario reducir la secreción de ácido estomacal. **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad conocida al fármaco. **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA, MUTAGÉNESIS, TERATOGENESIS Y DORRE LA FERTILIDAD:** Se han llevado a cabo estudios en ratos y conejos, administrándose dosis que equivalen de 2.000-500 mg/kg/día, respectivamente y no se observó evidencia alguna de daño al feto tras la administración del fármaco. El uso prolongado reportado por la presencia de abortos espontáneos en algunos conejos que habían demostrado en forma importante la respuesta de abortivos y a los cuales se les habían administrado 200 mg/kg/día o más (250 veces la dosis usual en humanos). Hasta el momento, no hay estudios adecuados o bien controlados que se hayan realizado en mujeres embarazadas. Debido a que los estudios efectuados en animales no siempre predicen la respuesta humana, DURATER, al igual que otros fármacos, sólo deberá usarse durante el embarazo si es estrictamente necesario. Estudios realizados en ratos que estaban lactando demostraron que la famotidina es excretada a través de la leche materna. En ratos preñados, administrados por ratas que recibieron dosis maternales (que lo equivalen 500 veces la dosis usual en humanos), se observó retardo de desarrollo en el nacimiento. Sin embargo, se demostró que el fármaco es excretado hacia la leche humana. Debido a esta situación, debe decidirse si el fármaco es descontinuado o se intermite la lactancia. En pruebas mutagénicas realizadas con *Salmonella Typhimurium* y *E. coli*, así como en los estudios con pruebas micronucleares y pruebas de aberración micronuclear, no se reportan efectos mutagénicos. Cuando el fármaco ha sido administrado a ratos en dosis superiores a las 2.000 mg/kg/día, no ha habido alteración en la función de reproducción. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** En estudios abiertos y controlados a corto y largo plazo, DURATER ha sido utilizado en dosis de 20 y 40 mg al día, siendo bien tolerado. Las reacciones secundarias más frecuentemente observadas fueron: náuseas, constipación, diarrea y vómito. Los siguientes efectos secundarios se han observado en forma adversa y en muchos casos no se ha establecido su relación con DURATER: A nivel sistémico: Ansiedad y fatiga. Gastrointestinal: Síndrome colélico, alteración de mucosas bucales, vómito, náuseas, náusea abdominal, acidez y eructos de boca. Hipersensibilidad: Anafilaxia, angioedema, urticaria. **Misoclonogénesis:** Artralgias. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO:** Hasta el momento no se ha identificado interacción medicamentosa. Estudios en animales y en humanos han demostrado que DURATER no interfiere con el metabolismo oxidativo hepático (citocromo P-450) de los siguientes fármacos: propofol, warfarina, heparina, diazepam, atropina y acetaminofén. También se ha utilizado el verde de indocianina como indicador de la eliminación hepática de medicamentos, y no se han encontrado efectos significativos. **PRECAUCIONES Y RELACION CON EFECTOS DE CAR. TERATOGENESIS:** Ya que DURATER es excretado por la vía renal, en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa se recomienda ajustar la dosis (ver dosis y administración). La respuesta sintomática a la terapia con DURATER no reduce la presencia de cáncer gástrico. Como con otros antagonistas H<sub>2</sub> y otros tratamientos antiácidos, la presencia de neoplasias gástricas debe descartarse antes de iniciar los síntomas digestivos. En estudios realizados en ratos y conejos con fármacos de 100 y 200 mg/kg respectivamente se administró en dosis superiores a las 2.000 mg/kg/día (aproximadamente 2.500 veces la dosis recomendada en humanos), sin observarse evidencia de potencial carcinogénico por parte de DURATER. **DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN:** En el tratamiento de la úlcera péptica, gástrica y duodenal, así como en la esofagitis por reflujo, la dosis es de un comprimido de 40 mg por la noche al acostarse o un comprimido de 20 mg cada 12 hrs. por 4 a 8 semanas. Sin embargo, la duración de la terapia puede prolongarse a la endoscopia revela que la úlcera está cicatrizada. En la terapia de mantenimiento para la prevención de las recurrencias, la dosis es de 20 mg por la noche. En pacientes con niveles hepatoenolíticos como el Síndrome de Zollinger-Ellison, se debe iniciar con 20 mg cada 6 hrs. Dosis de hasta más de 640 mg al día han sido utilizadas por más de un año. Después en pacientes con insuficiencia renal. Ya que la eliminación de DURATER está disminuida en pacientes con insuficiencia renal moderada o severa, se recomienda ajustar la dosis de acuerdo al esquema de dosificación (Año), como sigue: Acre > 60 ml/min., dosis normal y Acre 30-60 ml/min., la mitad de la dosis normal; y 30 ml/min., un cuarto de la dosis normal. **SOBREDOSIIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Hasta la fecha no hay datos disponibles acerca de sobredosificación deliberada. Se han administrado dosis de hasta 640 mg/día a pacientes con niveles hepatoenolíticos y no se han presentado efectos secundarios de importancia. Si esto llegara a suceder, se recomienda la administración de carbón activado y de soporte, incluyendo lavado gástrico y la administración de carbón activado. **PRESENTACIONES:** Caja con 10 comprimidos de 40 mg y caja con 20 comprimidos de 20 mg. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Conservarse en lugar fresco y seco. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Literatura exclusiva para médicos. No se debe alzar el alcance de los roles. Su venta requiere receta médica.

Hecho en México  
Laboratorios Generales S.A. de C.V.  
Carretera de San Luis Pab. No. 221  
La Hacienda de Santa Rita  
Otepa, Jalisco  
Reg. No. 075873 S.A.  
Clave BCAR1-300094 LP P.R. Clave: LEJR-32136/94

**Durater**<sup>®</sup>  
SE NOSIAIN

DURATER 4

# CARACTERÍSTICAS IDEALES DE UN PROFESOR

José Luis Figueroa Hernández

El Profesor ideal es un individuo que quiere mucho a los individuos de la edad que tienen sus alumnos; que tenga la necesidad de escuchar sus necesidades emocionales; que fuera justo e imparcial y solamente después de todo esto, se le pediría que fuera elocuente y bien preparado.

CARLOS E. BIRO.

## CARACTERÍSTICAS IDEALES DE UN PROFESOR

Dado que nuestra Facultad nació, vive y vivirá para la enseñanza de la Medicina, se consideró pertinente, por un lado, recordar a aquellos compañeros profesores las características que poseé y que en él permanecen latentes, para que las tengan siempre presentes y las utilice.

Por otro lado, informar tanto a los profesores en ejercicio como a los aspirantes, que no saben o no han meditado profundamente lo que significa ser profesor, acerca de las características o requisitos necesarios para el adecuado ejercicio docente.

La fuente de obtención de la amplia serie de características que debe reunir un profesor, no es de origen bibliográfico, por el contrario es una fuente viva y fuerte, una de las partes vitales del proceso de enseñanza-aprendizaje, por quienes

somos profesores y a quienes nos debemos como tales, los alumnos.

Voz que, en este caso particular, probablemente estén haciendo una reclamación, muy directa, hacia todos aquellos quienes hemos sido sus profesores en esta Facultad.

En el Departamento de Farmacología de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., se realiza anualmente un "Taller de Capacitación de Ayudantes de Profesor", cuyo objetivo principal es preparar alumnos de Licenciatura con interés en participar en el proceso de enseñanza (aprendizaje), inicialmente, realizando adecuadamente las prácticas de laboratorio.

Los alumnos del taller son habitualmente del 3o y 4o ciclo de Licenciatura en Medicina, quienes generalmente no han asistido a algún curso que trate específicamente alguno de los aspectos relacionados con el proceso de enseñanza-aprendizaje. A todos los alumnos aspirantes a profesor, se les pide que contesten por escrito y en

forma anónima a la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características ideales, a su juicio, que un profesor tiene o debería tener, para el ejercicio del acto docente?

Dada su falta de conocimientos del proceso enseñanza-aprendizaje, en la mayoría de los casos, se considera que las respuestas que dan a la pregunta planteada, se refiere a lo que ellos, más como alumnos que como aspirantes a profesor, desearían que fueran sus profesores y que en algunos casos han tomado como ejemplos, positivos o negativos, para describir las características.

De acuerdo a la encuesta realizada, las características que, los alumnos del taller declaran, son las ideales para todo aquel que se precie de ser profesor o maestro, no solo de esta facultad, sino de cualquier escuela y universidad, en cualquiera lugar del orbe; se menciona a continuación:

El profesor debe ser :

accesible	exigente
aceptable, en su presentación	formal
amable	honesto
amante del género humano y del conocimiento	imparcial
ameno	justo
buen orador	limpio
capaz	objetivo
claro	ordenado
comprensivo	organizado
constante	paciente
concreto	pedagógico
culto, en general	puntual
disciplinado	respetable
didáctico	respetuoso
estimulante	responsable
estricto	sabio
seguro en sí mismo y en lo que hace	sencillo
serio	
sincero	
un hombre, en toda la extensión de la palabra.	

Debe tener la capacidad de :

- Apoyar sus explicaciones con ejemplos, no solo hablar
- Apreciar a todos y cada uno de sus alumnos
- Auxiliar a sus alumnos en dudas y tropiezos
- Ayudar a elaborar conclusiones
- Captar las dudas para aclarar, orientar y estimular
- Comportarse correctamente en el aula, porque con la presencia forma, ya que un ejemplo a emular
- Conocer e interesarse por sus alumnos

- Conocer rápidamente el nivel de sus alumnos y con base a ello elaborar un plan y material de trabajo
- Controlar sus emociones, principalmente a tratar y evaluar a sus alumnos
- Establecer un ambiente de compañerismo con sus alumnos
- Enseñar con claridad y eficacia
- Estar actualizado, informado y ampliar la información a petición de sus alumnos
- Formar a sus alumnos
- Guiar y comprender a sus alumnos sin llegar a la complacencia y sobreprotección
- Hacer respetar
- Identificarse con sus alumnos
- Imponerse y conseguir de sus alumnos orden, respeto, disciplina y confianza
- Manejar con disciplina y orden un grupo de alumnos
- Mantener la atención y el interés del grupo durante su exposición
- Nunca menospreciar a sus alumnos, respetarlos
- Proyectar su responsabilidad
- Reconocer errores y limitaciones propias y de los demás
- Resolver dudas, por pequeñas que sean
- Ser flexible sin dejarse doblegar o avasallar
- Transmitir inquietud por seguir estudiando, motivarlos para la búsqueda de más conocimientos
- Transmitir sus conocimientos .

Las diversas respuestas a la pregunta planteada se recopilan, se agrupan y se les proporciona a los alumnos del taller con la idea de retroalimentarlos, para que estén enterados y tomen conciencia de la gran y variada cantidad de características que el profesor debe reunir y del enorme compromiso y responsabilidad que representa el llegar a ser un "simple" profesor.

Es necesario que todos y cada uno de los Profesores en ejercicio hagamos un análisis profundo y amplio, de la manera en que, actualmente, estamos llevando a cabo el acto docente. Quizá algunos de nosotros únicamente asistimos a dar una clase tradicional, tipo conferencia y nos retiramos sin más trámite.

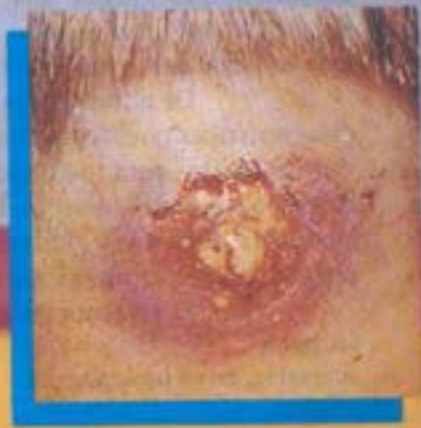
¿Acaso en este breve tiempo realmente podemos desarrollar nuestras características, y con ello nuestra potencialidad ?.

Compañeros profesores, usemos un poco más la autocrítica; respetémonos y hagámonos respetar, con un propósito principal, coadyuvar en la FORMACION de nuestros alumnos,

# Fucidin

Acido fusídico

EL ANTIBIOTICO PARA LAS INFECCIONES DE LA PIEL



FUCIDIN (Acido fusídico y fusidato sódico). Crema y ungüento. Acción: Local tópico. FORMULA: Cada 100 g de crema contienen: Acido Fusídico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. Cada 100 g de ungüento contienen: fusidato sódico 2 g. Vehículo c.b.p. 100 g. INDICACIONES TERAPEUTICAS: FUCIDIN está indicado en el tratamiento de infecciones cutáneas como: impétigo, furunculosis, quemaduras, carbuncos, hidrosadenitis, paroniquias, erisipela y sicosis 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. No debe usarse al igual que con otros antibióticos su empleo durante estas etapas queda bajo responsabilidad del médico. REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS. En menos del 1% de los casos, sin embargo al igual que con otros antibióticos su empleo durante estas etapas queda bajo responsabilidad del médico. INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y 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 lesión dermatológica profunda con daño quirúrgico, se deberá proceder con la mayor atención posible. Si se usa para tratar lesiones faciales (cejuna), deberá evitarse que el medicamento penetre a los ojos, ya que podría causar irritación conjuntival. FUCIDIN parece 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:  
Literatura exclusiva para médicos.  
No se deje al alcance de los niños.  
Su venta requiere receta médica.  
LABORATORIOS SENOSIAIN, S.A. DE C.V.  
Camino a San Luis Rey No. 207  
Ea Hacienda de Santa Rita Celaya, Gto.  
Reg. No. 118M86 y 183M86, S.S.A.  
Clave HEAR-1589/93  
Clave IEL-2984/94

Bajo licencia de:  
Leo Pharmaceutical Products, Ltd.  
Ballarup-Dinamarca  
Propietario de las marcas  
LEO FUCIDIN y la figura del León.



Fucidin<sup>R</sup>  
SENOSIAIN



FUCI-01-844

En la enfermedad ácido péptica

# Ranisen



RANISEN (Dihidrato de Ranitidina) es el dihidrato en N-2-[5-(dimetil-aminometil)-2-furilo metilpiperidil-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 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: Jeringa: 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 inyecta directamente en la vena, en dilui, 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: 1.05 mg. x 0.25 mg/kg/h. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al medicamento. Así como durante el Embarazo y Lactancia. PRECAUCIONES: En pacientes con insuficiencia renal renal, 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%; náusea, constipación, náusea, dolor abdominal y rash en 1% casos ocasionales de pirocromasia, 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: Dihidrato de Ranitidina equivalente a 300 mg. y 150 mg. de Ranitidina base, excipiente c.b.p.; un comprimido. Cada ampollita de 5 ml. contiene: Dihidrato de Ranitidina equivalente a 50 mg. de Ranitidina base. Cada jeringa desechable de 2 ml. con agua esterilizada desechable contiene: Dihidrato 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. agua esterilizada desechable de 50 mg.

Hecho en México por: Laboratorios SENOSIAIN, S.A. de C.V.  
Carretera a San Luis Rey No.221 Ex-Hda. Sta. Rita, Culiacán, Gro.  
Distribuidora exclusiva para México: Su venta requiere receta médica.  
Reg. Num. 26AAM3 y 24AAM3, S.S.A. | Mex 502-1703-0  
y Marca Registrada

Ranisen<sup>®</sup>

SENOSIAIN



más que en transmitirles información, al desarrollar ampliamente nuestras capacidades.

Puedo afirmar que en particular a todos los profesores de ésta Facultad y en general a todos los profesores de la Universidad, nos identifica un hecho común: El amar intensamente a la Universidad y el considerar que es un gran honor ser maestro de su seno.

Responsable :

M. en C. José Luis Figueroa Hernández  
Departamento de Farmacología  
Facultad de Medicina, UNAM  
Ciudad Universitaria, México, D.F.  
CP 04510 Apdo. Postal 70297  
Tel. 6 23 21 65 (oficina)  
Fax 6 16 14 89  
6 55 15 38 (casa)



## CARTA ABIERTA

Dr. Ramiro Jesús Sandoval  
Presidente  
Asoc. Mex. de Facultades de Medicina

Estimado Dr. Sandoval:

Pensamos que la Academia científica/profesional que usted preside puede jugar un papel muy importante en la solución de problemas que afectan a sus miembros y así al país. Uno de estos problemas es el siguiente: El Dr. Guillermo Ceballos y yo preocupados por encontrar la manera de aumentar la productividad y la calidad de la producción de los investigadores Mexicanos; dentro de los cuales estamos nosotros, hemos tratado de identificar algunos de aquellos factores que consideramos de importancia para este propósito. La infraestructura que sostiene y rodea al investigador es una entidad compleja y vital que juega un papel muy importante en la calidad y productividad de nuestro trabajo. Uno de los elementos de esta infraestructura es el abastecimiento pronto y oportuno de materiales utilizados en la investigación. Este elemento en general es pobre en México y no es raro que cuando un investigador ordena un material determinado lo hace a un costo mas alto (50 a 100% mas) y bien pueden transcurrir varios meses para recibirlo. Tal operación debería tomar 2 a 3 días y en este momento con la devaluación monetaria el problema se va exacerbar grandemente.

Buscando como mejorar este aspecto de la infraestructura de la investigación en México pensamos que hay dos componentes mayores uno externo y otro interno: A. Las miles de compañías internacionales que abastecen este mercado no le han dado a México la debida importancia y para este propósito hemos enviado cartas solamente a 1,400 compañías abastecedoras y manufactureras alertandolos en este gran problema. Le incluyo a usted una copia de esta carta. La respuesta ha sido de un gran interés.

B. Las instituciones Mexicanas oficiales y no oficiales que apoyan investigación (CONACYT, Salubridad, Educación, Petróleos, FUNSALUD, UNAM, etc) y aquellas en las cuales se lleva a cabo investigación y desarrollo tecnológico necesitan encontrar la manera de aumentar la eficiencia de abastecimiento y reducir el costo y así aumentar las ganancias de sus inversiones. La solución de este problema es vital para la sobrevivencia del investigador Mexicano ya que en la actualidad las instituciones demandan de este alta productividad y calidad, pero es justo demandar que ellas mejoren la infraestructura. En este aspecto las sociedades/asociaciones académicas deben constituirse en un vocero de los intereses del investigador y del desarrollo de la particular disciplina.

Los problemas de pobre abastecimiento de materiales e información sobre nueva tecnología son viejos en México y ponen al investigador mexicano en una gran desventaja. El Dr. Ceballos y yo creemos que el momento es propicio para tratar de mejorar las cosas en estos aspectos y para eso sugerimos que las distintas instituciones y sociedades científicas/profesionales en México hagan lo siguiente:

1. Ejercer presión en el gobierno para que se liberalize el sistema de importación para materiales y equipo utilizados en la investigación y así las compañías podrian tener en México un inventario que sería facilmente accesible.

2. Ejercer presión en el gobierno para que se invite la creación en México de industrias que fabriquen materiales y equipo para investigación. Esto además de hacer el abastecimiento más eficiente crearía fuentes de trabajo y habría personal técnico que de servicio adecuado al equipo. Es frecuente que un equipo caro y sofisticado no tenga servicio adecuado por falta de técnicos calificados. Un colega mio al quejarse de que su equipo (con un costo de \$ 250,000 Dlls) no funcionaba al máximo de eficiencia decía; para arreglarlo me envian puros "aprieta tornillos".

3. Que se revisen los sistemas de compras dentro de las instituciones. Estos frecuentemente son anticuados, rígidos y manejados por un personal burocrático e inadecuado

4. Influenciar al alto gobierno para que se mantenga el apoyo a la investigación y desarrollo de tecnología al mismo nivel monetario adquisitivo o más alto que antes de la reciente devaluación. La gran mayoría de los materiales y equipo para investigación en México son extranjeros. En los últimos años tenemos casi la certeza de que el promedio del nivel de producción y calidad científica aumentó como resultado de inversiones por el CONACYT, ciertos ministerios y muchas otras instituciones. La presente situación nos obligaría echar marcha atrás.

México en este momento exige con una persistencia nunca vista solución a problemas sociales ancestrales. Son problemas de muy difícil solución y en el desarrollo de la ciencia y tecnología reside en parte la respuesta. Pero esta exige un determinado esfuerzo simultáneo y coordinado de todos nosotros y así es también una gran oportunidad para re-definir cuales deber ser las actividades y los

propósitos de las distintas sociedades científicas en México. El nivel de maduración que estas sociedades han alcanzado (algunas con casi 50 años de edad) y las presentes condiciones sociales del país simplemente exigen un cambio. Finalmente debemos recordar que una fuerte infraestructura científica crea las bases para el desarrollo de una tecnología innovativa, fuerte y productiva.

#### **Respetuosamente**

Rafael Rubio PhD,  
Professor of Molecular Physiology  
and Biological Physics,

Guillermo Ceballos  
Profesor e Investigador  
I.P.N. y Inst. Nac. Cardiol.

PS. Múltiples directores de instituciones con intereses en el desarrollo de ciencia y tecnología y presidentes de otras sociedades también han recibido esta carta.

## 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 MONOGRAFÍAS:** 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 (omitiendo 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.

### ■ ENVÍO 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

Exploración personal del perfil vocacional en los aspirantes a la licenciatura de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Ma. Emilia Macin Luna.

Características ideales del aspirante a Médico.

Visión introspectiva de alumnos en formación.

José Luis Figueroa Hernández

El estudiante de Medicina ante la muerte y el duelo

Una experiencia de capacitación.

Asuncion Alvarez del Rio, Ileana Petra Micu, Alejandro Diaz Martinez.

### ENSAYOS

Características ideales de un Profesor.

José Luis Figueroa Hernández

### CARTAS AL EDITOR