

La Familia en la Formación del Estudiante de Medicina*

JOHN P. HUBBARD,¹ JOHN McK. MITCHELL,²
MARY L. POOLE,³ y ARTHUR M. ROGERS⁴

Conocer a sus pacientes y percatarse de lo que puede y no puede hacer por ellos, tal vez sea el aspecto más importante de la profesión del médico. Se describe aquí un método interesante y prometedor de enfocar el problema de saber cómo y cuándo el estudiante de medicina puede aprender con más eficacia todo lo que realmente necesita para ejercer su futura profesión.

En el año académico de 1949-1950 el Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, inició un nuevo proyecto con el objeto de enseñar a los estudiantes de medicina cómo asumir gradualmente una responsabilidad cada vez mayor para resolver los problemas médicos y otros afines de la familia que se les haya asignado, y seguir el curso de su desarrollo en el consultorio, en el hospital y en el hogar durante los cuatro años que permanezca en la escuela de medicina.† En muchos centros de enseñanza médica se ha permitido que los estudiantes establezcan relaciones más o menos estrechas con algunas familias durante el tercero o cuarto año, pero hasta la fecha (verano de 1951) no se conoce programa alguno de enseñanza que ofrezca al estudiante la oportunidad de

adquirir esa experiencia al principio de sus estudios.

Aunque este proyecto no se ha aplicado todavía durante los cuatro años de estudio, se presenta este informe preliminar de los primeros dos años de su aplicación con la esperanza de que pueda ser útil en estos momentos en que se presta tanta atención al empleo de nuevos métodos para vincular más al estudiante a algunas de las realidades de la práctica de la medicina en el hogar y en la comunidad.

Metodología

En el otoño de 1949 se ofreció por primera vez a los recién ingresados un curso optativo denominado "Grupo asesor de familias". Se describió el plan a los estudiantes y se les señaló que el curso era electivo, que se daba fuera de las horas del plan de estudios normal y que el número de estudiantes no podía exceder de 15. Con todo, la mitad de los 125 alumnos solicitaron ser admitidos en dicho

¹ Profesor de salud pública y medicina preventiva, Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, Estados Unidos.

² Decano, Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania.

³ Profesora asociada de servicio social en el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva y Directora del Departamento de Servicio Social del Hospital de la Universidad de Pennsylvania.

⁴ Profesor auxiliar de medicina clínica, "McIntyre Fellow" para estudios de medicina preventiva, Universidad de Pennsylvania.

* Este es el primero de una serie de artículos sobre Educación Médica, que aparecerá en números sucesivos del *Boletín* (véase Editorial en la pág. 56). Publicado en inglés en el *Journal of Medical Education* 27: 10-18, (eno.) 1952, bajo el título "The Family in the Training of Medical Students".

† El plan general de este programa se basa en sugerencias formuladas por el Dr. Kenneth E. Appel, profesor de psiquiatría.

curso. En vista del tiempo extra que los estudiantes necesitaban, se tomaron en cuenta los antecedentes o méritos académicos de los 15 estudiantes finalmente escogidos.

Desde abril de 1950, el proyecto ha sido patrocinado por el Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva. La labor de los estudiantes ha sido supervisada de cerca por el Dr. Arthur M. Rogers, quien ha sido contratado para ejercer funciones en este Departamento y en el de Medicina, así como por la Srta. Mary L. Poole, Directora del Departamento de Servicio Social del Hospital de la Universidad, y miembro de este Departamento.

Las sugerencias sobre las familias que reunían los requisitos para ser incluidas en el proyecto fueron hechas por miembros del Departamento de Servicio Social, internos, residentes y médicos de plantilla, y la situación de tales familias fue examinada en seguida por asesores médicos y del servicio social. Se procuró que ofreciesen la mayor variedad en cuanto a familias y a situaciones médicas. Desde el punto de vista económico, las había desde las de ingresos medianos, hasta las dependientes de la asistencia pública. Los problemas médicos comprendían la fiebre reumática, diabetes y malformaciones congénitas. Había también familias consideradas sanas y que sólo habían acudido al hospital para obtener atención obstétrica. La mayoría de las familias eran desde hacía tiempo conocidas del Departamento de Servicio Social del Hospital, pero se incluyó deliberadamente a algunas casi desconocidas.

Se estableció contacto con estas familias, en general por conducto del trabajador social, y una vez que se les dio a conocer el plan, se les preguntó si deseaban contar con los servicios de un "Asesor de familia en materia de salud". Sólo una de las 40 familias entrevistadas al principio rehusó la oferta. Cuando la familia tenía ya su propio médico, se obtenía la aprobación de éste y se procuraba recabar su colaboración. Todos los médicos mostraron interés por el plan, acogieron de buen grado a los estudiantes y,

en caso necesario, celebraban conferencias con ellos.

La responsabilidad principal de describir el plan a las familias se confió expresamente a los estudiantes. Se señaló a las familias que si bien el estudiante ayudaría a coordinar la atención médica que necesitaran, no se encargaría de ninguna fase del tratamiento, ya que se trataba de "médicos en adiestramiento", frase que pareció preferible a "estudiante de medicina". Se instruyó cuidadosamente a los estudiantes en este aspecto y se les aconsejó que dejaran bien establecido que no eran "médicos".

La presentación de los estudiantes a las familias se hizo de diversa forma. Si un padre se encontraba hospitalizado, la presentación se hacía a la cabecera de su cama. Otros se citaban al hospital. En algunos casos, el estudiante concertaba por teléfono su primera visita al hogar.

Se informó del programa a los diversos servicios del hospital y se les pidió que convocaran al estudiante a las reuniones celebradas para adoptar decisiones importantes sobre diagnóstico o tratamiento. El nombre del estudiante y su designación de "asesor de familia en materia de salud", figuraban en la primera hoja del registro hospitalario. En lo posible, se procuraba que los estudiantes estuvieran presentes cuando algunos miembros de las familias que se les habían asignado visitaban los consultorios o eran hospitalizados.

En general, los estudiantes han solido visitar a "sus" familias mensualmente. Las visitas han sido más frecuentes en casos de enfermedad grave, o cuando han surgido dificultades especiales. En algunas ocasiones, las familias han solicitado visitas extraordinarias. Es difícil determinar con exactitud el número de horas que los estudiantes han dedicado al curso. En general les dedican unas seis horas al mes, pero en ciertos casos, mucho más tiempo.

Los estudiantes de una misma clase se reúnen una vez al mes para estudiar, en un ambiente de camaradería, alguna fase de la

atención médica o de servicio a la comunidad. Se ha invitado a algunos conferenciantes a disertar sobre temas de interés para los estudiantes como, por ejemplo, pediatría preventiva, desarrollo afectivo del niño, servicios de puericultura, y programas de asistencia pública. Se han descrito y mantenido, en caso necesario, cuadrículas de Wetzel para evaluar el buen estado físico. Como al comienzo de las discusiones de grupo, la administración de hospitales y el costo de la atención médica eran temas de especial interés, se pidió a la Administración del hospital, que se analizaran los aspectos administrativos y económicos de los servicios de hospital. Para facilitar las entrevistas de los estudiantes con "sus" familias y ayudarlos a comprender a los niños, se prepararon libros y folletos especiales.*

Además de las reuniones mensuales, el grupo se dividió en tres secciones que se reunían una vez al mes con miembros asesores de la facultad para analizar los problemas de "sus" familias y ayudarlos a resolver cualquier problema. De este modo, cada estudiante llegaba a conocer a fondo, no sólo a "su" familia, sino a las asignadas a los demás de su sección. Los asesores mencionados estaban siempre a disposición de los alumnos para facilitarles ayuda y asesoramiento.

Este experimento resultó tan satisfactorio durante el primer año, que se llevó a cabo en escala algo mayor durante el año académico 1950-1951. Los 15 estudiantes originales siguieron preocupándose de "sus" familias durante el segundo año. Un grupo de 25 estudiantes del primer curso pasaron a ser "Asesores de familias". De este curso, que también comprendía 125 estudiantes, más de 70 se interesaban por participar en dicho ensayo. De modo que, en el segundo año del programa, el grupo total comprendía 40 estudiantes: 25 del curso del primer año y 15 del segundo año. En el otoño de 1951 se agregarán otros 40 estudiantes, con lo cual el total ascenderá a 80. De ahí en adelante, se

espera agregar un número cada vez mayor de estudiantes de cada curso.

Resultados

Al examinar los resultados de los primeros dos años del proyecto con el "Grupo asesor de familias", es preciso tener en cuenta tanto al estudiante como a la familia. ¿Es el experimento de utilidad a los estudiantes? ¿Es de utilidad a las familias o se confunden y desorientan éstas con los "médicos en adiestramiento"?

Desde el punto de vista del estudiante, la respuesta se obtendrá cuando haya transcurrido suficiente tiempo y se hayan acumulado pruebas suficientes de su efecto en la transición de estudiante a médico. Hasta ahora no se ha intentado una evaluación a fondo. Sin embargo, se ha adquirido ya bastante experiencia para convencernos de que el proyecto tiene algunos aspectos muy valiosos.

En primer lugar, los estudiantes necesitan experiencia de este tipo; se ha aceptado sólo a una parte de los que optaron por este curso. Esto es importante. Se sienten impulsados por el idealismo de la profesión elegida y es natural que tengan impaciencia por abordar los problemas y las enfermedades de sus semejantes. Una familia, de cuyo cuidado el estudiante asume la responsabilidad personal, es el primer eslabón de la cadena médico-paciente; justo con ese fin ingresó en la escuela de medicina. Aunque es posible que el estudiante reconozca la importancia de los cursos de ciencias y aunque tal vez se le hayan ofrecido algunos ejemplos de su posible aplicación en sesiones clínicas de correla-

* Garrett, Annette: *Interviewing—Its principles and methods*, Family Service Association of America, Nueva York, Estados Unidos; Ridenour, Nina: *Some special problems of children—Aged 2 to 5*, National Mental Health Foundation, Nueva York, Estados Unidos; Lambert, Clara: *Understand Your Child—From 6 to 12*, Public Affairs Committee, Nueva York, Estados Unidos, y Richardson, Henry B.: *Patients have families*, The Commonwealth Fund, Nueva York, 1945.

ción por algún otro medio, en el mejor de los casos son pocas las ocasiones de establecer contacto con el paciente durante los dos primeros años de estudios. La experiencia como "Asesor de familias" es, en lo esencial, la de un curso práctico de "relaciones personales", satisfactoria por ser el estudiante un agente eficaz en el experimento y no un simple espectador.

Los informes de los propios estudiantes constituyen la prueba más convincente del valor educativo del plan de "Asesores de familias". Se exige a cada estudiante que haga un informe del experimento con "su" familia. De estos informes se han tomado algunos de los ejemplos que aquí se presentan. Se podrían citar otros de cualquier miembro del grupo. Es de interés observar la diferencia de enfoque de la atención entre los "Asesores de familias" del primer y del segundo año.

Los siguientes extractos se han tomado de los informes de estudiantes de medicina del primer año:

En este primer año he procurado, ante todo, analizar la familia, así como su estructura social y ambiental, y su personalidad.

El trato con esta familia me ha permitido comprender cómo funciona una unidad familiar. Espero haberla ayudado en algo. Tengo la impresión de que esta experiencia me ha dado en cierto modo la confianza necesaria para iniciar y establecer una relación profesional con la gente y pacientes futuros. Me ha revelado la importancia de comprender a la persona de la que me ocupo y que me ha pedido ayuda. Incluso para un estudiante de primer año de medicina, es fácil formarse una idea de los riesgos a que se expone el médico que examina y trata a sus pacientes como sujetos de interés más o menos profesional, en vez de seres que buscan ayuda, alivio y seguridad.

Trabé contacto por primera vez con "mi" familia en la sala de maternidad, con ocasión del segundo embarazo de la madre. En ese entonces, la madre, que sufre de hipertensión, explicaba el problema principal a que hacía frente la familia. La suegra es diabética y ha ejercido una influencia perturbadora sobre la familia desde que rehusó visitar periódicamente al médico. Debido a su precaria salud, se volvió muy irascible y sus

visitas desde su casa, en Nueva Jersey, tres o cuatro veces por semana, eran motivo constante de dificultades para la familia. En una reunión organizada especialmente con objeto de explicarle la seriedad de su condición, se logró convencerla de que debía regresar al médico. Con esto, no sólo mejoró su propia salud, sino también la situación de toda la familia.

Este tipo de experiencia es de gran valor para quienes tengan la intención de dedicarse a la medicina general, ya que la gran mayoría de los casos en que interviene el médico general afectan a la familia; esta vinculación, en la escuela de medicina, constituye una base para proporcionar atención adecuada a estos futuros pacientes.

En la primera visita, tuve la impresión de que los miembros de "mi" familia convivían muy bien, pero, al conocerlos mejor, me di cuenta de que ésta no era la situación verdadera. El padre parece tener una actitud resignada hacia sus hijos, en vez de sentirse satisfecho; sufre del sistema circulatorio lo que, sin duda, afecta su actitud y su capacidad de trabajo. A esto tal vez se deba que Roberto, a la edad de seis años, se orine en la cama.

Creo haber ayudado a la familia de varias maneras. El tratamiento de penicilina de la madre (que tiene sífilis) fue consecuencia de haber informado al Departamento de Servicio Social, del Hospital, de que no recibía tratamiento. Este hecho revestía especial importancia ya que, por estar embarazada, había urgente necesidad de someterla a tratamiento para proteger al niño. Así se inició el tratamiento, y ahora el niño no tiene síntomas de sífilis. La madre lo ha llevado regularmente al hospital, lo que, en parte, se debe, según creo, a mi interés en que encontrara allí un ambiente menos impersonal y también a que he procurado convencerla de la importancia de seguir las recomendaciones hechas en el hospital.

Este programa nos ha hecho comprender la necesidad de tener en cuenta, no sólo al individuo y sus dificultades médicas particulares, sino también sus dificultades de familia como unidad. Por supuesto, aprendemos también a considerar a los pacientes como personas, y no como simples casos.

La complejidad y multiplicidad de los problemas familiares es tal que el personal del consultorio del Hospital no puede hacer mucho para

resolverlos. Por esto, me he esforzado por conocer bien a la familia, a fin de tratar de aliviar algunas de sus numerosas dificultades. La situación de la familia es un ejemplo excelente de la influencia de los factores afectivos y ambientales en sus enfermedades desde el punto de vista del hospital. Demuestra que la comprensión cabal de cada miembro de la familia es necesaria para resolver en forma conveniente sus problemas médicos.

La experiencia con esta familia me ha servido principalmente para apreciar mejor la importancia de las relaciones personales del paciente. Los que hemos participado en el Grupo Asesor nos hemos beneficiado, no sólo de nuestra asociación con la familia asignada, sino también de las relaciones que se nos permitió establecer con el Hospital al comienzo de la carrera.

Con frecuencia, los miembros del Grupo Asesor aprecian la oportunidad de aprender, en forma directa, prácticas hospitalarias y de tratamiento de pacientes externos. A veces se permite que otros miembros de los cursos de primer y segundo año que no forman parte del Grupo Asesor, participen en las actividades de medicina clínica; pueden observar pacientes en sesiones clínicas, encargarse de los exámenes médicos, pero siempre sin darles la impresión de que les incumbe responsabilidad personal por el paciente. En cambio, en este caso, el estudiante forma parte del grupo, al participar activamente en los servicios facilitados al paciente. El estudiante es el que conoce bien a la familia y trae al médico del Hospital información relativa a la atención del paciente. En realidad, el estudiante desempeña a veces la función del maestro, como lo demuestra la penetrante observación hecha por un estudiante de primer año:

Es evidente que, por lo menos, algunos médicos del Hospital tienen un concepto muy limitado de lo que es el médico general en un pequeño vecindario o comunidad, de las funciones que desempeña, de su escala de valores y de su situación. En la medida en que este programa amplía la actitud de los profesores de medicina, tal vez revista importancia para ellos, así como para el estudiante y la familia.

Los anteriores ejemplos bastan para dar una idea de las opiniones que se forman y de las actitudes que adoptan estos estudiantes después de un año de práctica en el Grupo Asesor en Atención de Familias. Reproduciremos ahora dos citas de informes de estudiantes al final de su segundo año de permanencia en este grupo. Se han presentado en detalle porque demuestran en forma elocuente el ulterior desarrollo de la relación médico-paciente, y la comprensión por el estudiante, de algunos conceptos muy indispensables para la atención del paciente.

He aquí las observaciones del estudiante de medicina de segundo año:

En esta familia se plantean muchos problemas que, por falta de tiempo, no puedo analizar. Me ocuparé principalmente de José (2½ años) y de un problema con el cual se relacionan muchos otros de índole familiar. Hace aproximadamente dos meses le recomendé a la Sra. V. que llevara a José al consultorio de puericultura de su vecindario, para que lo vacunaran. En esa oportunidad, sugerí que se le hiciera un examen general en dicho consultorio a fin de determinar la causa de su poco peso. Según el consultorio el niño tenía las amígdalas muy inflamadas y debían ser extirpadas sin demora, ya que mientras no se hiciese no aumentaría de peso, por mucho que comiera. José fue, pues, llevado al Departamento de Consulta Externa del Hospital de la Universidad, donde se le dijo a la madre que no había necesidad de extirparle las amígdalas. Se han emitido dos opiniones divergentes. ¿Qué se ha de hacer? ¿Extirparle las amígdalas o no? Y en caso afirmativo, ¿cuáles serían las ventajas?

En respuesta, quiero mencionar algunos de los factores que influyen sobre José e impiden que se desarrolle en la forma debida, así como los elementos y recursos familiares que están a su favor.

En cuanto al aspecto negativo, la madre ha tenido muchas dificultades para obtener los alimentos adecuados. La familia vive en un barrio donde no hay parques infantiles de juego; ni siquiera hay patio en la casa. Se planteó un problema económico grave. La madre trabaja como cajera en un restaurante unas nueve horas diarias, de modo que no tiene mucho tiempo que dedicar a los niños. Desde el punto de vista médico, José está recibiendo la atención posible,

pero, psicológicamente, la situación de la familia ejerce sobre él un efecto considerable y difícil de evaluar. El padre puede ser muy cariñoso con los niños, pero también tiene arrebatos de violencia.

En relación con el aspecto positivo, puede decirse que la madre de José se preocupa verdaderamente por los niños y creo que los quiere de veras. Si pudiera estar más a menudo en casa, podría proporcionarles una ayuda mayor. Otro factor del ambiente social que influye en José, aunque es joven, es la actitud de los vecinos, que se interesan por él y lo ayudan bastante.

¿Qué se ha de hacer, pues, en el caso de José? Este es el problema. Yo ocupé un lugar intermedio entre el Consultorio de Puericultura y el Departamento de Consulta Externa. Si tuviera más experiencia y supiera más sobre las amígdalas, me consideraría el llamado a tomar una decisión justa acerca de la extirpación. El Consultorio de Puericultura se ha formado una idea más o menos exacta de la familia, pero la opinión que ha emitido acerca de las amígdalas no es apoyada por el especialista que, en este caso, es el Consultorio de Otorrinolaringología. Por otra parte, el Consultorio no se ha formado una idea de la situación de la familia y sólo se preocupa de las amígdalas. Como hemos oído decir una y otra vez, hay que considerar a la gente individualmente. Mucho se oye hablar de esto y se cree que es exacto, pero sólo se aprecia su significado cuando se enfoca el individuo en su totalidad. Muchas de las personas a quienes se les oye esas afirmaciones en el hospital, es decir los especialistas, las dicen, según creo, sin que tengan verdadero sentido para ellos, porque si están trabajando sólo en el Hospital, en una especialidad, no saben realmente lo que eso significa.

El año pasado, no comprendía muy bien toda esta situación compleja que ahora presento. En el informe que presenté al final del primer año de experiencia con "mi" familia señalé que era una unidad bien adaptada. Hasta entonces el padre estaba en casa y todo marchaba bastante bien. Hasta llegué a pensar que se trataba de una familia tan simple que deseaba se me asignara una distinta este segundo año, a fin de tener más problemas de qué preocuparme. Ahora me doy cuenta de que en esa situación el único inocente era yo.

Algo más sucedió este año pasado, además de haber aprendido a abordar problemas médicos. Llegué a tener un sentido de responsabilidad muy definido y muy profundo hacia esta familia,

mucho más intenso, a mi juicio, que el que podré experimentar hacia cualquier paciente del Hospital de la Universidad, en los próximos dos años. Siento realmente como si fuera mi propia familia y, en otra forma extraña que no puedo explicar bien, me he dado cuenta de que mi responsabilidad es limitada y tendrá que seguirlo siendo; hay ciertos problemas que no puedo resolver y que caen fuera de la órbita de responsabilidad del médico.

Otro estudiante, al final de su segundo año, dedicó la mayor parte de su informe a observaciones sobre atención hospitalaria, considerada desde el punto de vista de uno de los miembros de "su" familia. He aquí sus palabras:

En el Hospital siempre faltaba un factor que en el pasado podía haber suplido el médico de la familia: la atención personal del paciente. En el Hospital no se puede esperar que el médico dedique al paciente tanto tiempo como el médico de familia puede dedicarle. Según la limitada experiencia que hasta ahora he tenido en el Hospital de la Universidad, pude observar la manera en que muchos de los médicos, no diré cuántos, se forman un criterio impersonal de sus pacientes y los tratan como si fueran objetos inanimados. En otras palabras, el médico analizará el estado de los pacientes en presencia de éstos, lo que creo que es muy objetable, e ignorará por completo al paciente, no le dirá lo que tiene ni procurará aliviar sus temores. Por consiguiente, muchos pacientes llegan a sentirse muy aprehensivos. El estudiante, al que se enseña en este ambiente, se ha amoldado a él de un modo natural al cabo de sus cuatro años en la escuela de medicina, más otro año de internado; entonces no sabe cómo atender al paciente, especialmente en una comunidad rural donde no se trabaja en un hospital. Esta situación puede remediarse en gran medida con el tipo de práctica que ahora estamos adquiriendo y mediante las relaciones que hemos establecido con el Departamento de Servicio Social. Sólo cuando se tiene la oportunidad de tratar al paciente desde un punto de vista social, en vez del puramente médico, se puede comprender hasta qué punto el paciente está más preocupado por sus problemas sociales que por los de carácter médico.

Citaré a este respecto el ejemplo del Sr. A. Su problema principal es el de la vejez. No le agrada

la idea de envejecer y no quiere asociarse con personas de su edad. Debido a una úlcera varicosa, está muy incapacitado. Ultimamente, durante su permanencia en el Hospital, se ha mostrado muy aprehensivo sobre su salud, contagiado tal vez por otros pacientes con los que conversa. Según él, tiene tantas afecciones que es un crimen que nadie hasta entonces haya conversado con él para ayudarlo a tranquilizarse. El segundo día que lo ví me hizo numerosas preguntas sobre las enfermedades cardíacas; tiene edema en las piernas, que atribuyo a cardiopatías, pero que probablemente se deba a su varicosis. Aunque es verdad que un hombre de 82 años no tiene el mejor corazón del mundo, el suyo está todavía bastante bien. Pude tranquilizarlo a ese respecto, como en muchos otros. Evidentemente, los médicos en otros tiempos conversaban con un paciente en esas condiciones y le daban consejos y asesoramiento. Pero en el Hospital no lo hacen porque no hay tiempo para ello.

Observaciones

En los pasajes citados los estudiantes expresaron en sus propias palabras y en forma sencilla lo que dicha práctica significa para ellos. La labor realizada es impresionante. Ha contribuido a una mayor comprensión del papel que corresponde al médico en el fomento de la salud de la unidad familiar. El estudiante aprende que los problemas o enfermedades individuales no pueden comprenderse ni tratarse sino en función de las presiones y tensiones de las relaciones familiares. Para quienes hemos estado estrechamente vinculados a este ensayo pedagógico, no deja de ser inusitado y sorprendente oír decir a un estudiante de primer año de medicina: "Lo que hemos aprendido en este ensayo es que debemos considerar al paciente como un todo, en vez de ocuparnos simplemente de su enfermedad, y también debemos tomar en cuenta los factores familiares y ambientales que influyen en su bienestar".

Una de las características importantes de este ensayo es la responsabilidad que recae sobre el estudiante. No basta con que observe

los problemas de la familia sin hacer algo por ellos. A veces, el estudiante que visita a una familia va acompañado de una enfermera visitadora o de un trabajador social. Estas visitas forman parte del plan de estudios ordinario bajo el epígrafe de medicina social y ambiental, y creemos que el estudiante se beneficia con ellas. Ahora bien, donde falta la responsabilidad, la experiencia suele ser relativamente superficial. Al final del día el estudiante no se pregunta si procedió correctamente; esto le tiene sin cuidado.

Hemos oído decir que en el Grupo Asesor en Atención de Familias, los estudiantes asumen muy pronto demasiada responsabilidad cuando aún no se han percatado de sus propias limitaciones. Nuestras observaciones no corroboran esta crítica, ya que los estudiantes han demostrado tener una profunda comprensión de sus limitaciones, y en todo momento y en gran medida han acatado los consejos de los profesores que los asesoran.

Cabe, pues, preguntarse si es demasiado pronto pedir que el estudiante de primer año se convenza de que el médico no es todopoderoso, aunque sus pacientes tengan de él esta opinión. En algún momento el médico debe aprender a decir "no sé", sin destruir la confianza del paciente. Es preferible que esto lo aprenda bajo supervisión en una escuela de medicina y no, como sucede con más frecuencia, más adelante cuando deba hacer frente a las dificultades que entraña la práctica.

Según nuestra opinión, confirmada por la experiencia adquirida hasta la fecha, ha sido muy valioso iniciar el programa el primer año a fin de dar al estudiante la oportunidad de asimilar poco a poco esta experiencia pedagógica. Debido a la continua relación que mantiene con "su" familias y con los profesores que lo asesoran, el estudiante puede verificar y modificar sus juicios y actitudes previos. A este respecto, conviene señalar que es necesario contar con personal de supervisión suficiente y que tenga entusiasmo por la enseñanza y dedique bas-

tante tiempo a los estudiantes, y que, además, tenga experiencia en atención médica de familias y una clara comprensión de los factores sociales que influyen en la salud y bienestar de ellas.

Ha facilitado la realización del programa el hecho de estar el Departamento de Servicio Social junto al de Consulta Externa. En realidad, el primero ha sido el centro y un eficaz agente de coordinación en virtud de su natural relación con todos los departamentos clínicos del Hospital.

Una situación ilustrativa a la que no se hizo referencia antes en las observaciones de los estudiantes, se dio cuando la familia hizo saber a uno de éstos que un niño tenía "manchas". La familia pensó que se trataba de sarampión y quería asesoramiento. Después de una reunión con el miembro asesor de la facultad, se permitió al estudiante visitar a la familia para ver cuál era su diagnóstico e informar sobre su conclusión, pero se le aconsejó que, primero, procurara leer todo lo que pudiera sobre sarampión. El estudiante pasó varias horas en la biblioteca informándose acerca de dicha enfermedad. No estudiaba para los exámenes; su motivo era mucho más apremiante. Después de visitar a la familia, llegó a la conclusión de que el niño tenía efectivamente sarampión. ¿Qué hacer entonces? El estudiante no es un médico autorizado para ejercer e indudablemente no está en condiciones de prescribir atención médica. Tras nuevas consultas con el asesor, se pidió a un médico general del vecindario que se encargara del caso. Se presentó luego el problema de si debía administrarse globulina gamma a un hermano de tres años de salud delicada. El estudiante se preocupó de resolver el problema durante la noche y averiguó dónde podía obtener productos inmunizantes gratuitos del Departamento de Salud Pública de la ciudad. Aprendió más sobre el sarampión que lo que podría enseñársele en el aula; es muy posible que jamás se olvide del aspecto de las manchas de Koplik; aprendió también mucho acerca de la función del médico general y de la

ayuda que puede obtenerse del organismo oficial de salud pública.

Las reacciones de las familias, según revelan los informes de los estudiantes y corrobora el Departamento de Servicio Social, son inequívocamente favorables. Se explica a las familias que los estudiantes no son todavía médicos; y, sin embargo, en momentos de dificultades, quieren ser atendidas por su médico-estudiante y no quedan contentas hasta que éste llega a ayudarlas. Cuando tienen ocasión de visitar el Departamento de Consulta Externa, el médico-estudiante es el que les allana las dificultades y las orienta y les explica los misterios y complicaciones de los departamentos clínicos. Es él quien explica sus dolencias y problemas al médico clínico, porque el médico-estudiante conoce las circunstancias del hogar que pueden modificar el tratamiento. No sólo conoce a todos los miembros de la familia, sino que ha ganado su confianza, y su ayuda es valiosa para explicar las recomendaciones médicas en términos comprensibles.

Los evidentes beneficios para las familias y la forma en que éstas han aceptado a los estudiantes han mitigado las aprehensiones que experimentamos al principio al asignar a estudiantes de primer año de medicina funciones de asesores en la atención de familias. Aunque están en el umbral de su formación profesional, constituyen un grupo selecto de graduados de colegios universitarios que, por su propia decisión, han mostrado un vivo deseo de enfocar inteligentemente el problema de las relaciones con las familias asignadas. ¿Y a quién recurrirían estas familias si no contaran con los asesores-estudiantes? Una respuesta interesante a esta pregunta se halla en un estudio reciente llevado a cabo en uno de los distritos sanitarios de la Ciudad de Nueva York.* A fin de aprender más acerca de los problemas de las familias y de lo que puede hacerse al respecto, se entrevistó a diversas familias. Las respuestas revelaron que hay una sor-

* Earl Loman Koos: *Families in Trouble*, King's Crown Press, Morningside Heights, New York, 1946.

prendente variedad de personas a las que se recurre en busca de asesoramiento: parientes, farmacéuticos, cantineros, sacerdotes, dirigentes obreros y policías. ¿No son los consejos de un estudiante de medicina interesado en su profesión, aunque sea de primer año, tan acertados o más que los de algunas de estas personas?

Una de las características más significativas del Grupo Asesor de Familias es la oportunidad que se ofrece a los estudiantes de participar de lleno en un activo programa de conservación de la salud de la familia. Aún no se ha abordado este aspecto del programa, pero esperamos hacerlo a medida que los estudiantes lleguen al tercer y cuarto años. Ya se puede observar por los pasajes citados que los estudiantes han contribuido en cierto modo a inducir a las familias a visitar el consultorio, no sólo para recibir el tratamiento recomendado sino para hacer exámenes del estado de salud de los niños o de los padres. Se tiene el propósito de dedicar más atención a la preparación de un informe sobre la salud de cada una de las familias asignadas. Sin tener en cuenta las ventajas evidentes que reportará a la familia, se cuenta con posibilidades casi ilimitadas para la enseñanza. ¿Reciben los hijos de las familias inmunización adecuada y asesoramiento dietético? ¿Siguen el crecimiento y desarrollo de los niños la pauta correspondiente a su edad? ¿Cuál es el estado nutricional de cada miembro de la familia? ¿Se han corregido algunos defectos descubiertos en el examen de higiene escolar y, en caso negativo, qué debiera hacerse al respecto? ¿Se han sometido a un examen médico los miembros adultos de la familia? Y, en caso negativo—como ocurre casi siempre—¿de qué se trata, dónde debiera hacerse y cuánto costaría? ¿Qué servicio médico reciben los miembros asalariados de la familia en el lugar donde trabajan o de los sindicatos obreros a que pertenecen, y cuál es el costo de los mismos? ¿Qué se ha previsto para la atención de los abuelos? ¿Qué ayuda puede obtenerse de los organismos sociales o de salud de la comunidad? Los estudiantes

pueden dar respuesta a estas preguntas y a muchas otras más, en relación con las necesidades de personas que acuden al médico-estudiante en busca de ayuda y por las cuales los estudiantes tienen interés personal.

De este modo emerge un cierto esquema de acción dentro del cual el estudiante entra en relación directa con una familia, asume cierto grado de responsabilidad y es asesorado y dirigido de cerca por un médico, y este esquema de acción implica elementos de un programa de salud positivo y basado en la familia como objeto irreductible de la atención médica.

Resumen

Se describe un ensayo de enseñanza de la medicina en el cual se asigna una familia a cada uno de los estudiantes de una clase al comienzo del primer año de estudios, a fin de que tengan oportunidad de asumir gradualmente cada vez más responsabilidades para resolver problemas médicos y otros afines de la familia, bien en el consultorio, en el hospital o en el hogar, durante los cuatro años de sus estudios de medicina.

El programa se ha desarrollado lentamente con carácter optativo y con la participación de 15 estudiantes escogidos de entre los matriculados en el primer año en 1949-1950, y de 25 matriculados en el primer año en 1950-1951. Se tiene la intención de agregar un número cada vez mayor de estudiantes en los años subsiguientes.

Los estudiantes han sido objeto de constante supervisión y asesoría por parte de miembros de la facultad del Departamento de Salud Pública y Medicina Preventiva, de la Escuela de Medicina, Universidad de Pennsylvania, y del Departamento de Servicio Social del Hospital de dicha Universidad.

Se analizan algunas de las ventajas, muy evidentes del programa, tanto para los estudiantes como para las familias, y se comentan ciertos principios relativos a este tipo de ensayo pedagógico.