

Algunos Problemas Inherentes a la Enseñanza de la Medicina Integral*

GEORGE G. READER

Se hace una especie de balance de los resultados de un ensayo que se viene llevando a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell, sobre la enseñanza de lo que el autor llama medicina integral. Este ensayo, más bien que orientado hacia el conocimiento de un cuerpo de doctrina, tiende a despertar en el estudiante de medicina al comenzar sus estudios, la conciencia de lo que los educadores más conscientes de los tiempos que corren entienden por cuidado o atención integral del enfermo.

Desde 1952, la Universidad de Cornell ha venido acumulando considerable experiencia sobre la adopción de un punto de vista amplio en la enseñanza relativa al cuidado de los pacientes. Unido a esta experiencia, los encargados de esa enseñanza han tenido a la vez problemas y satisfacciones, si bien en función de los objetivos establecidos al instituir el curso de medicina integral, el resultado de esta aventura especial de la enseñanza médica, ha sido hasta ahora más que satisfactorio. Se ha logrado la primera meta, la de enfrentar al estudiante de medicina de Cornell con un amplio punto de vista de las complejidades del cuidado del paciente mediante una experiencia más honda con pacientes ambulatorios, y parece ya cercano el objetivo de modificar la actitud del estudiante hacia una apreciación de los problemas que plantea el paciente.

El Programa de Cuidado y Enseñanza Integrales se ha descrito en detalle en otra parte. Aquí quizá baste decir que tal programa se planeó con el fin de permitir al estudiante de cuarto año observar a los

pacientes en las clínicas del Hospital de Nueva York, durante un período de seis meses y hacerse cargo de su cuidado bajo cuidadosa supervisión. El plan actual difiere de los anteriores principalmente en que permite al estudiante el contacto con los mismos pacientes durante un período bastante largo, de manera que puede observar los resultados del tratamiento y darse más cuenta de los problemas del paciente de lo que le permitiría una o dos visitas. De esta manera se pueden aumentar las atribuciones del estudiante a medida que sus profesores lo conocen mejor y reconocen su creciente madurez.

Para llevar a cabo el nuevo sistema fueron necesarios dos cambios importantes en la política educativa: primero, integración del cuarto año de medicina, pediatría, psiquiatría y salud pública, en un período de seis meses; y segundo, la adición a la consulta de pacientes externos de un personal com-

* Este es el cuarto de una serie de artículos sobre Educación Médica que aparecerá en números sucesivos del *Boletín*. Publicado en inglés en el *Journal of Medical Education*, 31 (No. 8): 544-552 (agto.) 1956, bajo el título "Some of the Problems and Satisfactions of Teaching Comprehensive Medicine".

Profesor Adjunto de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Cornell, Ithaca, Nueva York, Estados Unidos.

puesto de profesores a tiempo completo y de profesores consultores a tiempo parcial en cirugía, psiquiatría, rehabilitación y obstetricia y ginecología bajo administración interdepartamental coordinada. Varios métodos de enseñanza, tales como cuidados de la familia, cuidados en el hogar, seminarios y conferencias, han resultado posibles debido a esta estructura, y han contribuido a ampliar el punto de vista del estudiante.

Queda por ver en definitiva si este curso en medicina integral suscita en el estudiante cambios en su actitud fundamental o mejora su habilidad básica para acercarlo más al ideal de lo que constituye un buen médico. Este asunto ha estado bajo estudio constante, y eventualmente puede ser resuelto, pero la cuestión sobre cuánto tiempo requerirá esta preparación del último año de escuela para operar el cambio en el estudiante, puede resultar difícil de resolver. El internado, por ejemplo, puede servir para contrarrestar la enseñanza en medicina integral. Hay que ser cuidadoso en extremo para evitar la conclusión de que, dado que un programa docente se desenvuelve en la forma planeada, los estudiantes que lo siguen se convierten sólo por ello en mejores médicos que aquellos que se forman de acuerdo con alguna otra filosofía educativa.

A medida que prosigue la investigación sobre el efecto de esta enseñanza, resulta más claro que es poco probable el poder evaluar un plan docente en términos absolutos. Sin embargo, estudios sociológicos han arrojado nueva luz sobre el proceso de la enseñanza médica, y los conocimientos adquiridos por esos estudios pueden ser de más provecho a la enseñanza médica que el mero confirmar o negar los méritos de un solo plan.

Aunque el ensayo ha sido satisfactorio hasta ahora, la enseñanza de la medicina integral en Cornell no ha sido tarea placida por completo ni falta de incidentes. A medida que proseguían las clases han surgido y se han identificado ciertos problemas que parecen inherentes a este tipo de enseñanza,

y algunas de estas dificultades parece que se comprenden ahora lo bastante para merecer un análisis. El estudio sociológico ha sido de ayuda especial para conocer a fondo estos problemas y darles una perspectiva adecuada.

Actitud del estudiante

Durante los tres primeros años de estudios médicos, la mayoría de los estudiantes adquieren un punto de vista algo estrecho sobre la función del médico. Les parece que lo más importante de ella consiste en un ejercicio intelectual relacionado con hechos científicos, magnitudes mensurables y resultados predecibles. Una enfermedad se percibe como una entidad clínica con un nombre específico que la identifica más o menos completamente y un conjunto de criterios de diagnóstico que permiten reconocerla dondequiera se manifieste. La eficacia de los métodos de tratamiento está garantizada por eminentes autoridades. Es una suerte para la paz mental del estudiante que esto sea así. Pero contrástese esta feliz y segura situación con lo que confronta el estudiante en el curso de medicina integral, y después en su práctica.

Ahí se ve al médico como un hombre que trata de pesar imponderables y de ejercitar continuamente juicio y discriminación entre un número de variables que requieren un notable despliegue de sabiduría, no sólo en situaciones clínicas discretas sino en asuntos humanos en general. A veces se encuentra también que la enfermedad es un complejo de disfunciones menores que llegan a agobiar a un paciente o que, en su comienzo, es con frecuencia de una oscuridad desconcertante. Hay muchas opiniones sobre el curso de acción más apropiado, pero a veces son bastante distintas unas de otras y en ocasiones ningún curso, aun retrospectivamente, se considera por completo correcto.

Los problemas sociales y psicológicos que presenta el paciente con frecuencia carecen

de definición y lo que puede decir un instructor de tales problemas dista mucho de la exactitud de la química o la fisiología. Se sabe mucho de sociología y psicología, pero al aplicar sus principios a la medicina clínica, muchas veces resultan difusos y de una certidumbre menor que la de las ciencias naturales. Gradualmente, sin embargo, surgirá un contenido empírico del estudio de pacientes y con el tiempo los profesores de medicina deben poder hablar con cierta autoridad acerca de la base psicológica o sociológica de un curso de acción particular.

Todavía hay también otras decepciones para el estudiante. Los pacientes de enfermedades crónicas empeoran con frecuencia de modo gradual a pesar de todo lo que se haga. Si el estudiante actúa como médico, es posible que se pregunte si alguien con más experiencia no podría lograr mejores resultados, y puede apelar impaciente al consultor especial en busca de la solución para encontrar que tal respuesta no la hay. O puede encontrar por excepción que un paciente ha mejorado en efecto, pero la mejoría fue tan lenta que él no se dio cuenta de ella hasta después de haber pasado varios meses de angustia. Tal vez lo más difícil para el estudiante, sea el paciente que no acepta la ayuda que se le ofrece y hay que llevarlo lenta y penosamente a que siga las recomendaciones del médico, de la enfermera o de la trabajadora social.

Todo esto constituye una prueba considerable para los estudiantes y no todos son capaces de afrontarla. Aquellos que acumulan hechos y sobresalen en la clase por sus exámenes bien escritos, pueden hallar difíciles los problemas de la vida real, o sus relaciones con los pacientes cuando éstas son tan esenciales para el éxito terapéutico. Miembros de la facultad han mirado a veces con desconfianza una baja evaluación de un estudiante tenido antes en alta estima, y pueden culpar al profesor más bien que al estudiante que, pese a su buena memoria, es incapaz de afrontar las situaciones complejas que plantea el cuidado del paciente.

El enseñar a los estudiantes a resolver problemas y tomar decisiones no se logra fácilmente por métodos didácticos. El estudiante aprende mejor guiado por el profesor mediante procesos mentales *ad hoc* y debe tener ocasión de llegar a decisiones y establecer juicios propios. El método socrático de enseñanza, así como la experiencia personal son efectivos, pero pueden desconcertar al estudiante que quizás no encuentre en su libro de notas hechos categóricos y concretos, justo cuando llega al colmo su preocupación sobre cómo se conducirá el año próximo en su calidad de interno. Duda si sus maestros lo han mantenido bastante ocupado, sugiere que se den frecuentes exámenes, y expresa sus temores en otras formas. Un estudiante llegó a preguntar si durante todo el curso no se podría dar una conferencia diaria sobre la manera de leer los trabajos.

Se han reconocido tres fases distintas de la reacción del estudiante durante el curso de medicina integral. En la primera, que dura unos dos meses, los estudiantes aceptan de un modo pasivo su labor, como aceptaron más o menos la enseñanza toda su vida. Durante esta fase es necesario un gran esfuerzo para lograr que participe en forma activa en debates de grupo y seminarios. La segunda fase, que dura a veces varias semanas, suele coincidir con mediados del semestre, y se caracteriza por ansiedad aguda, sentimiento de fracaso y hasta resentimiento por parte de algunos estudiantes. Es entonces cuando se advierte que algunos pacientes no mejoran a pesar de su tratamiento adecuado y que otros no han acudido a la consulta o hicieron caso omiso de las instrucciones del médico. Los estudiantes comienzan a quejarse de que les tocó un mal tipo de paciente, y en el análisis no es raro encontrar un "paciente problema" que no llena las esperanzas del médico estudiante. Las discusiones sobre los aspectos sociales y emocionales de la enfermedad son mal toleradas y se oye la exclamación: "¡Demasiada sociología!", que suele significar que los trabajadores sociales deben ser vistos y no escuchados. La tercera fase

es de integración y aumento de la confianza en sí mismo. Se comprende, entonces, que aunque se tenga mayor confianza en un libro de notas, ello solo no enseña a la gente. Es posible que un estudiante diga: "No me sentí siempre feliz durante el curso, pero ahora puedo realmente hacer frente a problemas y no temo que el paciente dude si soy o no un doctor".

Notas de campo

El Dr. Renee Fox, sociólogo, que participó en el ensayo como observador, reunió algunas notas de campo que contribuyen a ilustrar este punto. Estas notas son resúmenes de una serie de entrevistas con dos estudiantes, y muestran un cuadro de lo que estos consideran que les sucede. Debe observarse que los estudiantes no utilizaban por completo toda la orientación de que se disponía, y los instructores estuvieron dispuestos a ser considerablemente más alentadores de lo que aquí se indica. En cada visita, el paciente es visto por un instructor, así como por el estudiante, pero éste, sin embargo, se considera el médico responsable, como demuestran estos casos.

Caso No. 1

"El ambiente en la clínica es bueno. El Dr. ————— parece muy bien dispuesto a que prosigamos nuestra labor mientras nos consideremos aptos para ello y está dispuesto a ayudarnos siempre que lo solicitemos. De esa manera, podemos asumir tantas funciones como nos consideremos capacitados para ello y, después de todo, sólo se aprende teniendo que actuar por propia iniciativa. . . .

"Estoy encargado de tres pacientes en una de mis clínicas especiales. Uno es un puertorriqueño, con una larga historia de trastornos del estómago, que se pone peor cada vez que se sienta y piensa en la mala jugada que le hizo su esposa. Estoy empleando una técnica bastante directa con él tratando de corregir sus actitudes y hábitos de vida. Todavía es muy pronto para esperar mucho en cuestión de mejoría."

Un poco más adelante dijo:

"Mi puertorriqueño con trastornos del estómago vino esta tarde y de nuevo estoy desalentado por la falta de resultados. Pienso hablar con el Servicio Social a ver si puedo conseguir mejorar su situación. Si me encontrara en su lugar, creo que también tendría trastornos del estómago, y temo que, por mucho que hablemos, no mejorará."

Y de nuevo más adelante:

"El pequeño puertorriqueño vino a la clínica esta tarde y dijo que no sentía mejoría alguna. Está tan retraído que lo que logro que me diga es muy poco, pero sin duda su trastorno del estómago está relacionado con una vida miserable que me encuentro impotente de cambiar. En un esfuerzo desesperado por aliviar los síntomas del pobre hombre, le receté Banthine, con permiso de mi instructor."

Y finalmente:

"Hoy me despedí de mi paciente. El pequeño puertorriqueño, con trastornos del estómago, me partió el alma. Probó con el Banthine que, en desesperación, le receté la última vez, pero tan pronto se acostó regurgitó algo del contenido gástrico y tuvo el horrible sabor amargo de la medicina en la boca todo el día siguiente. En nueve visitas no le hice bien alguno. . . . El caso me ha enseñado una valiosa lección, sin embargo, y es que ahora me es más fácil aceptar la falta de mejoría sorprendente, en un paciente con un pronóstico pobre. Ahora comprendo mejor que, en muchos casos, uno debe conformarse con metas limitadas y no desesperarse tratando de curar en unas cuantas visitas."

Caso No. 2

"Atendí a las hijas de la Señora G. y me desalentó ver que no las había despiojado como le recomendé. Tenían la cabeza plagada de piojos, y a la mayor se le había dado una nota de admisión a la guardería infantil, donde sin duda los había propagado. Esta mujer me ha causado consternación. No puedo hacerla adelgazar; no puedo lograr que despioje a las hijas; y no sé qué

es lo que hago mal. He permanecido sereno y comprensivo, pero he sido insistente y he mostrado desaliento (no ira) ante su falta de adhesión. . . . Siento que ya es un poco tarde para cambiar el enfoque del problema, y si esta lucha con los piojos continúa, necesitaré poner mucho de mi parte para no mostrarle disgusto. Hoy le encargué que las despioje esta tarde sin falta y no mande a la mayor a la escuela hasta que no tenga la cabeza limpia.

"El paciente que más me frustra es aquel cuya situación se puede corregir y donde, sin embargo, no adelanto mucho . . . porque me siento como si debiera avanzar más a prisa con él y no lo logro sólo porque no tengo la habilidad necesaria.

"Un caso de lupus, por una parte—alguna enfermedad fatal como esa—no me frustra tanto, porque sé que en tales casos nada se puede hacer, así que no me siento culpable. Si estuviera atendiendo un caso de neumonía, sin embargo, y el paciente falleciera, eso sería realmente desastroso, porque consideraría que había fracasado. Eso es lo que representa para mí la Sra. G. La encuentro tan difícil porque considero que si se lo mandase alguien con más tesón, podría hacerla rebajar muchas libras. . . ."

Al interrogarlo más extensamente, este estudiante admitió que aunque "muchos estudiantes encuentran difíciles los casos de obesidad, algunos dirán 'Bueno, ella es gruesa, no reduce. La culpa es suya, no mía . . .'"

Más tarde informo al Dr. Fox:

"La Sra. G. me empieza a atacar los nervios. La veo cada dos semanas (sin contar las veces que veo a sus hijas). He tratado de hacerla adelgazar, y no puedo. Tiene numerosos problemas que no puedo ni siquiera comenzar a resolver. Así, pues, me senté y la escuché durante 45 minutos aproximadamente. Terminó preguntándome por cuánto tiempo sería su médico y me forzó a darme cuenta de que yo no aparecía tan interesado como trataba de aparentar. Esta confrontación puede ser una molestia."

Más adelante dijo:

"La Sra. G. telefoneó para decir que no podía traer a las hijas y no dió razón alguna a la secretaria. Apuesto a que las niñas tienen liendres aún y ella teme que yo lo sepa."

En otra entrevista:

"Cuando vi a la Sra. G. con sus hijas me mantuve a la expectativa. La enfermera visitadora les había lavado la cabeza a los tres y les había dado instrucciones para que las mantuvieran limpias. Todavía tenían liendres, pero la mejoría era manifiesta. La Sra. G. no se pudo detener a contarme sus problemas porque las niñas peleaban y gritaban tanto que no podía oír, así que se fue."

Y finalmente:

"Mi última visita con la Sra. G. fue breve. Me dijo de nuevo lo despreciable que era su marido y discutió sus planes para el futuro. . . . La próxima visita será dentro de dos meses."

El Dr. Fox, al considerar ambos casos, comenta que la relación continua y responsable del estudiante con el paciente, lo expuso a ciertas dificultades en el dominio de sus sentimientos al tratarlo repetidas veces. En el caso del "pequeño puertorriqueño con problemas del estómago", el estudiante se encontró que "simpatizaba con el paciente" en exceso. En el caso de la Sra. G., el problema fue lo contrario; al médico-estudiante le era difícil ocultarle su enojo.

Ni el caso del puertorriqueño ni el de la Sra. G. fueron tan agudos como bien definidos, ni tan patéticos como muchos de los que el estudiante suele encontrar durante su trabajo en las salas médicas. Más bien se acercan al tipo de casos comunes que el estudiante pudiera encontrar en la práctica—en su calidad de "parte de la vida diaria", su ambigüedad, la extensión en que implican problemas sociopsicológicos así como físicos y en su cronicidad relativa.

En ambos casos, el médico-estudiante solicitó ayuda del personal subordinado, así como de sus instructores. (En el Caso No. 1, una trabajadora social; en el Caso No. 2, una enfermera visitadora.)

En el caso del "pequeño puertorriqueño",

el médico-estudiante encontró que una medicación aprobada tuvo efecto negativo.

Se puede decir que estos dos casos han contribuido a la "maduración médica" del estudiante, por lo menos en la forma siguiente:

1) Le permitieron tener conciencia de una responsabilidad continua que implica el manejo diario de problemas médicos, tales como "liendres", obesidad, trastornos del estómago motivados por la esposa. En el curso del manejo de estos problemas, el médico-estudiante aprendió mucho en cuanto a las complejidades de la conducta humana, y descubrió lo duro que es a veces resolver en forma satisfactoria casos "sencillos".

2) Estos casos desempeñaron un papel importante en el aprendizaje del médico-estudiante a fin de establecer un pronóstico "realista". Como muchos estudiantes de cuarto año, comenzó su semestre sobre los cuidados integrales con el convencimiento de que cabía esperar que el doctor "sanara" o "curara" a la mayoría, si no a todos, los pacientes ambulatorios que probablemente iba a ver.

Los casos de la Sra. G. y del puertorriqueño enseñaron al estudiante a "rebajar sus miras terapéuticas"—a establecer metas más limitadas en muchos casos, y a no esperar progresos rápidos del paciente.

3) La continuidad de los cuidados y la responsabilidad también dieron al estudiante considerable independencia afectiva. Mediante el proceso de prueba y error, llegó al punto de poder identificarse con la situación del paciente puertorriqueño y ver a la vez su caso con mayor ecuanimidad y objetividad que al principio. Aunque nunca se identificó con el caso de la Sra. G., el estudiante aprendió, sin embargo, a dominar sus sentimientos de desagrado. En ambas ocasiones, no sólo aprendió a trabajar con las dimensiones sociopsicológicas de los problemas médicos de su paciente sin estar implicado en ellos tan "personalmente", sino que llegó también a reconocer que la

dificultad de esos problemas no tenía que ser "culpa" ni suya ni del paciente.

4) En ambos casos el médico-estudiante llamó a consulta al personal médico auxiliar. La enfermera visitadora, al parecer, pudo prestar ayuda al estudiante.

5) Finalmente, el hecho de que la droga que prescribió a su paciente puertorriqueño lo afectara en forma adversa, fue una experiencia importante para el estudiante. Por primera vez en sus funciones de médico tuvo ocasión de seguir los efectos de una medicación recetada por él a un paciente, y en la que la droga resultó tener efectos adversos. Ciertamente que esto contribuyó a prepararlo para contingencias que tendrá que afrontar muchas veces en su carrera de médico.—Así termina el Dr. Fox.

Cada clase difiere algo en su respuesta, y la clase actual parece haber escapado hasta ahora a la segunda fase, lo que pudiera indicar que es posible evitar el período de frustración mediante un apoyo moral suficiente, de modo que la transición a la tercera fase sea más fácil. Parece poco probable, sin embargo, que se puedan abandonar las antiguas actitudes sin algunos "dolores de crecimiento".

El problema final a tratar es el de comunicarse. En todo centro médico grande trabajan numerosas personas, en silencio, por sí mismas. Lo que pasa fuera de su propio círculo puede que no les llegue o que sea alterado al ser referido. Para la coordinación de servicios en las clínicas de cuidado integral es necesario un esfuerzo constante, hay que enviar mensajes una y otra vez, los nuevos estudiantes y el nuevo personal deben estar informados siempre de planes e ideas y los objetivos se deben reiterar constantemente. No basta poner en marcha una tarea y abandonarla; la tendencia a la segmentación es demasiado grande. Hay que celebrar reuniones y pasar información hasta que todo el centro sepa lo que se está haciendo y lo que hay que hacer. Por el contrario, sin embargo, a medida que la palabra se extiende, va ganando gradualmente ímpetu

hasta que llega el momento en que no se puede retroceder, porque las actitudes han cambiado y los valores quedan establecidos entre numerosas personas de toda la comunidad médica.

Clasificación de los resultados

Las satisfacciones obtenidas en la enseñanza de la medicina integral no necesitan una clasificación minuciosa, pues son las mismas que experimentan todos los profesores de medicina: Observar cómo los estudiantes ganan habilidad, piensan lógicamente, desarrollan una confianza justificada en sí mismos al tratar con las incertidumbres de la práctica clínica; cómo aumentan su competencia al ayudar a los pacientes a ajustarse a sus enfermedades crónicas y a comprender y vivir con síntomas funcionales, y, finalmente, saber que algunos de ellos han ampliado su perspectiva sobre la salud, la enfermedad y el puesto del hombre en su mundo. Estas satisfacciones parecen ocurrir en mayor grado en relación con el programa de enseñanza y cuidados integrales, que en otros ensayos docentes.

Para terminar se hará un breve informe de un paciente que estuvo al cuidado de siete estudiantes distintos durante los tres años últimos, y que tal vez resuma mejor que nada las funciones del Programa de Enseñanza y Cuidados Integrales:

J. T. es un camionero de 38 años que se sabe había tenido una úlcera duodenal por 13 años y de hecho tuvo sus primeros síntomas a los 19. Está casado con María de 34 años, y tienen dos hijas, una de 8 y la otra de 3. Tanto J. T. como María son de descendencia italiana, y han vivido siempre en la ciudad de Nueva York.

J. T. fue primero hospitalizado durante dos días en The New York Hospital, en septiembre de 1952, con deposiciones como alquitrán y debilidad. Fueron necesarias ocho transfusiones de 500 cc. cada una para estabilizar su índice hematócrito a 40, y se le dio de alta con un severo régimen médico.

En noviembre de 1952, tuvo su primera consulta en la "General Medical Clinic", con un médico estudiante, y en diciembre, al comienzo del nuevo semestre, se le transfirió a otro estudiante, y de nuevo a otro en junio.

Estuvo bien durante este período y se le veía primero a intervalos de dos semanas y luego a intervalos de un mes. En septiembre de 1953 tuvo una segunda hemorragia, y se le halló una úlcera activa en series G.I. Como se sabía, por la personalidad del paciente, que era probable una úlcera marginal después de la operación, se continuó el tratamiento médico. La consulta psiquiátrica confirmó la impresión de un trastorno caracterológico, con inmadurez emocional, poco control de los impulsos y estricta supresión de emociones.

Siguió bien hasta mayo de 1954, aunque no acudió a varias consultas. En esa fecha empezó de nuevo a tener hemorragias y se dispuso una operación. El se negó, sin embargo, y se le dió el alta otra vez, bajo tratamiento médico. Desde entonces ha sido asintomático, debido, quizás, a que sigue más cuidadosamente las instrucciones de su médico-estudiante.

Este es el cuadro clínico escueto. ¿Qué se puede deducir de ello? Primero, está la cuestión de la responsabilidad. En cada visita del paciente al médico-estudiante, un instructor estudia la mejoría que ha tenido el paciente, y cada dos semanas todo el personal a tiempo completo estudia y discute todo el problema. Durante su hospitalización el paciente queda bajo el cuidado directo del personal residente, pero el médico-estudiante y uno de sus instructores lo visitan con regularidad. El estudiante tiene la responsabilidad de evitar que el paciente sangre o tenga dolores mientras esté bajo su cuidado, y para ello dispone de toda la ayuda que necesite.

Un psiquiatra vio al Sr. J. T. en varias ocasiones, y además de un informe oficial, aconsejó a cada uno de los médicos estudiantes sobre su cuidado. La trabajadora social y la enfermera clínica vieron también al paciente en casi todas las visitas y trabajaron activamente con otros miembros de su familia.

La intención es presentar al paciente un frente unido, respaldando al médico-estudiante en todo, y, a la vez, manteniendo con aquél, una relación amistosa y acogedora.

Un segundo asunto es la amplitud del punto de vista que adquiere cada estudiante. En el caso de este paciente, no era posible despreocuparse de su vida privada. Era evidente que había cierta relación entre sus hemorragias y sus problemas en el hogar. Con el tiempo, se descubrió que esto era un problema de juego: el dinero destinado a la casa lo apostaba a los caballos, a lo que se unía una ola de remordimiento durante la cual comía con exceso y se le presentaban dolores o hemorragias.

Las tensiones familiares también surgían de su dependencia de su madre, que vivía cerca. Hubo un momento en que la tensión llegó a tal extremo que el divorcio parecía inminente, pero por ser la esposa y las hijas atendidas también por el mismo médico-estudiante, el problema se estudió en forma debida y se solucionó satisfactoriamente. El dolor de espalda de la esposa y su preocupación por los hábitos intestinales de sus niñas, también atendidas por el médico-estudiante, pudieron ser mejor comprendidos a la luz de los problemas de su marido.

Una tercera cuestión es: sí el estudiante tiene sólo uno o dos pacientes de esta clase, ¿es ésta toda su experiencia? ¡No! Cada estudiante atiende a unos 40 pacientes durante el semestre, con una amplia variedad de problemas clínicos.

El Sr. J. T. se ha sentido bien recientemente, porque sus médicos-estudiantes lo han atendido bien y, además, han contado con información de sus predecesores y de varios miembros del personal. Durante el período que el paciente fue atendido por los médicos-estudiantes, cada uno de ellos tuvo oportunidad de estudiar, no sólo la historia natural de la úlcera péptica, sino también la compleja situación que hace de ésta una enfermedad crónica difícil de tratar.

El curso de medicina integral parece ser un medio muy satisfactorio para que el estudiante empiece a adquirir la experiencia necesaria en el ejercicio de la medicina. Ciertamente, el médico acaba por aprender estas cosas cuando ejerce por sí mismo, pero el fin de la enseñanza es que se aprenda en un medio disciplinado donde el profesor pueda ayudar al estudiante a escoger la mejor entre varias alternativas. El Programa de Enseñanza y Cuidados Integrales ha reproducido algunos de los trabajos de la práctica en un medio académico donde son posibles la orientación y el apoyo mientras se está aprendiendo. Quizás sea superfluo señalar que los incentivos para aprender medicina aumentan en esas circunstancias al mismo tiempo que, por lo menos a algunos estudiantes, se les presenta inevitablemente una amplia perspectiva profesional y que para lograr esto no es necesario agregar horas al plan de estudios ni eliminar asignaturas tradicionales.