

Experiencia derivada de una práctica social realizada por alumnos de Medicina

Por el Dr. LEOPOLDO ARAUJO (4) Y LA CA. GLORIA MONTEAGUDO (5)

Como Profesor de Psicología Médica en la Escuela de Medicina de la Universidad de la Habana, venimos dirigiendo desde hace cinco años, una actividad docente a la que hemos concedido importancia especial. Se trata de lo que denominamos "Práctica Social", consistente en la realización por los alumnos de visitas a la familia de un paciente ingresado en un Hospital CON el objeto de establecer en el estudiante nuevas dimensiones en el enfoque del hombre enfermo, integrando las vertientes psicológicas y sociales y la somática; ésta última fuertemente fijada por razón obvia de su educación inicial.

A través de estos años, hemos ido acumulando experiencias muy positivas en cuanto a las reacciones de los alumnos ante la "práctica". Pero sabíamos que eran reacciones aisladas en número y además que el desarrollo de esa práctica docente estaba obstaculizada seriamente por numerosos factores que afectaban el desarrollo general del curso de Psicología Médica. Entre esos factores podría señalarse: la falta de tiempo designado a la asignatura; ubicación de la

práctica a finales del curso coincidiendo con exámenes en nuestra y otras materias; la novedad y complejidad de la práctica; su carácter "abierto", no estereotipado, en el sentido de que el alumno se veía impelido a observar, actuar y extraer conclusiones en función de la adecuada aplicación de conocimientos adquiridos a través del rápido curso, etc.

Sin embargo, perseveramos en esa actividad y durante el curso pasado, con la experiencia obtenida y con la revisión de dos artículos recientes aparecidos sobre el tema²»³ diseñamos nuestro plan de trabajo, cuya realización y resultado es el motivo de este artículo.

La práctica social "Su paciente y el medio ambiente familiar" realizada con alumnos de Psicología Médica del 3er. curso de Medicina durante el curso correspondiente al año de 1966 consistió fundamentalmente en el establecimiento de contactos con hogares de personas ingresadas en salas de hospitales, como medio de interesar e introducir al alumno en el hallazgo y consideración de los elementos sociales estrechamente vinculados al individuo que concurre a la consulta en demanda de asistencia médica.

Esta práctica se realizó en cursos anteriores, pero en número menor de alumnos, que trabajaron en equipos de cuatro a cinco alumnos. Durante una semana se prepararon para la práctica ofreciéndoles instrucciones generales, información y demostraciones del tipo de entrevista que realizarían, como recurso para conocer el medio familiar del paciente. Se escogieron casos de hospitales infantiles solamente y localizables en el perímetro de la Gran Habana.

4 Profesor de Psicología de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de la Habana, en el Instituto de Neurofisiología y Psicología de la Academia de Ciencias, Loma y 37, Nuevo Vedado, Habana, Cuba.

5 Trabajadora Social del Depto. de Psicología Social del Instituto de Neurofisiología y Psicología de la Academia de Ciencias, Loma y 37, Nuevo Vedado, Habana, Cuba.

Como material impreso para la entrevista se les facilitó el cuestionario empleado por el Instituto de Neurofisiología, la encuesta "Reacción de la familia frente al niño enfermo"¹ con algunas modificaciones.

La práctica realizada con el curso actual V a la que se refiere este informe se realizó con un grupo de 900 alumnos (300 adscriptos al Hospital "Carlos J. Finlay" y 600 al Hospital-Escuela "General Calixto García").

Para llevarla a cabo, se planeó también el trabajo en equipo, cuatro alumnos por cada "caso"; uno de ellos funcionó como responsable del equipo y se encargó de recibir instrucciones y material y además trasladarlo a los compañeros.

De la relación de alumnos más sobresalientes del curso (según notas de examen) se designaron 225 para responsables de equipo y con los cuales, divididos en dos grupos, (citados en dos días consecutivos), se efectuó una reunión ofreciéndoles orientaciones para la Práctica Social.

La selección de pacientes se realizó por las compañeras Trabajadoras Sociales del Instituto de Neurofisiología y Psicología de la Academia de Ciencias, en los Hospitales Docentes "General Calixto García" y "Carlos J. Finlay" en cantidades proporcionales al número de alumnos de cada uno de estos hospitales. Además, se seleccionaron casos "suplentes", para suplir cualquiera dificultad de localización de domicilio al iniciar la práctica los alumnos. Se siguió el criterio de

escoger casos directamente en las salas, residentes, (según datos de la historia clínica), en La Habana, con el objeto de facilitar la localización (fácil y breve acceso al lugar).

En una hoja impresa se entregó: nombre del paciente, hospita de procedencia, su dirección y diagnóstico de su enfermedad. Como término de tiempo para entregar el trabajo se señaló una semana. Por lo menos debían realizar dos visitas al hogar del paciente asignado, con un promedio de 2 horas en cada una de las visitas. Los alumnos estarían en contacto con el Depto. de Psicología Social durante la semana de práctica para resolver cualquier dificultad en la localización de direcciones, etc. Debido al poco tiempo dispuesto para la práctica, la calificación se basaría en el esfuerzo realizado y no en la calidad misma del trabajo, dándose 5 puntos a todos los que efectuaron la práctica.

Recursos didácticos utilizados.

1. Material Bibliográfico: Consistente en antecedentes sobre aspectos de la formación del estudiante de Medicina.
2. Instrucciones escritas sobre generalidades de la práctica social a realizar y pautas para efectuarla (Anexo A) . '

RESULTADOS

Al iniciar la práctica se observaron manifestaciones de rechazo por parte de algunos alumnos porque la práctica significaba un esfuerzo más de trabajo dentro de un marco de tiempo agotado por el exceso de actividades docentes. En otros, indiferencia. En una pequeña minoría gran interés desde el comienzo del trabajo.

En el término de tiempo señalado llegaron casi todos los informes de equipos*. Revisándolos se encontraron varios grados de calificación en la realiza-

(*) Por dificultades dependientes del grado de afinidad personal y de actividades entre los alumnos, éstos no funcionaron en su totalidad en equipos de cuatro, sino que algunos trabajaron con cinco y seis miembros. Por motivo de enfermedad o no haberse integrado en su momento, otros trabajaron individualmente (cinco). De aquí que el número de trabajos no correspondiera al número de equipos proyectados (225). En total se presentaron 204 trabajos. Entre ellos 77 se consideraron como buenos trabajos.

ción y presentación del trabajo. Se pudo constatar a través de ellos un cambio de actitud frente a la práctica encontrándose en su mayoría y bajo expresiones diferentes el interés logrado frente a la práctica misma: el encuentro con el medio familiar y los diversos niveles socio-económicos que afectan su estructura. Dejaron perfilada su nueva actitud del estudiante de Medicina ante el enfermo y su medio social.

Resumimos en la página siguiente aspectos organizativos del desarrollo de la práctica que pudieran ser de interés.

Número de alumnos que participaron en la práctica.....	844
Pendientes de realizar la práctica	56
TOTAL:	900

	HOSPITALES "C. García" "M. Fajardo"		Totales
Respon. citados a reunión	150	75	225
Respon. que asistieron a reunión	124	59	183
Resp. que no asistieron	26	16	42
Número de casos selecc. en hospitales	364	104	468
Motivos de consultas hechas por los alumnos telefónicamente:	12	3	15
Por no haber asistido a reunión (Resp.)			
Dificultades de localización (el paciente no vive en La Habana)	6	2	8
Dificultades de localización (no encontró la casa)	20	5	25
Deceso del paciente	2	—	2
El paciente vive solo	3	—	3
Dificultad para integrarse en equipos . .	17	2	19
Olvidos del alumno (extravío de material, etc.) .	6	1	7
Preguntas de Metodología	1	2	3
Plazo mayor para entregar la práctica .	1	1	2
TOTALES:	68	16	84

Hemos seleccionado un grupo de los informes rendidos por los distintos equipos de los alumnos, respetando en forma absoluta su original expresión.

Paciente A.

“La primera visita de las dos que realizamos iró causó impresión lo bien que convivían los miembros de esta familia, pero al conocerlos y tratarlos mejor nos dimos cuenta que ésta no era la situación verdadera. Nos dice su esposa que nuestro paciente antes de enfermarse era muy bueno con los hijos y con ella, pero que al sentirse los síntomas de su enfermedad parecía tener una actitud resignada hacia sus hijos en vez de sentirse satisfecho con ellos. Su enfermedad del aparato respiratorio afectaba su actividad y capacidad de trabajo. Aumentaron sus accesos de tos, y no mejoró con el tratamiento de consulta privada que había indicado además reposo. Ingresó en el Hospital “Carlos J. Finlay” siendo ingresado para estudio y tratamiento.

Presentaba actitud agresiva ante los hijos, pensaba en su enfermedad, y a veces se mostraba indiferente en el hogar, ocultaba síntomas como, por ejemplo, un vómito de sangre.

Su conducta habitual sufrió un cambio brusco, se produjeron alteraciones en la familia. Procuraba alejarse de la familia temiendo al contagio. Después de iniciado el tratamiento en el hospital regresa paulatinamente a su conducta habitual. Tiene cuatro hijos, la menor de cinco años de edad. Es cosedor de cinturones de cuero en una textilera con un sueldo de SI 20.00.

La experiencia con esta familia nos ha servido principalmente para apreciar mejor la importancia de las relaciones personales del paciente. Este trabajo de experiencia es de gran valor para quienes tengan la intención de dedicarse a la medicina en general, ya que la gran mayoría de las cosas en que interviene el médico general afecta a

la familia; esta vinculación en la Escuela de Medicina constituye una base para proporcionar atención adecuada a estos futuros pacientes”.

Paciente B.

“Estamos en presencia de un paciente que desde joven confronta dificultades con su sistema nervioso. Teniendo como antecedente patológico el siguiente cuadro: madre demente, recluida por este motivo desde joven e incluso muere en este estado a los 73 años de edad. Padre con tendencia al alcoholismo. Cuatro hijos: uno de ellos tuvo que abandonar el ejército por presentar trastornos nerviosos.

Ingresado por cólico nefrítico, se siente bastante mejor, persistiendo alteraciones psíquicas que se hacen evidentes a través de toda una serie de manifestaciones: temor a abrir de pronto una puerta, y que una corriente de aire le produzca parálisis facial. No disfruta de la televisión por la misma razón.

Un paciente que se ha reprimido e inhibido de disfrutar normalmente su vida debido a que prevalecen en él toda una serie de ideas subjetivas y erróneas que han afectado su conducta habitual como producto de la debilidad congénita de su sistema nervioso y la influencia del medio cultural que lo rodea; pues nosotros sabemos que éstas son ideas que aunque terriblemente erróneas, desgraciadamente aún son mantenidas en mayor o menor grado por un porcentaje digno de tener en cuenta de la población; padece además de trastornos circulatorios e hipertensión arterial de manera que sobre su aparato cardiovascular ha repercutido indudablemente sus alteraciones nerviosas, teniendo en cuenta el estado de emoción crónica que generalmente ha predominado en el paciente desde que éste era joven.

Resumiendo creemos que en la patología de nuestro paciente el medio ambiente familiar como el extrafamiliar en el pasado han ejercido una influencia negativa”.

Paciente C.

“Paciente de 37 años de edad, portadora de un proceso neumónico, con tres familiares fallecidos a consecuencia de T.B.

Queremos señalar que la paciente presenta un grado de psicosis elevado, por lo cual va a ser remitida a un psiquiatra. Creyéndose enferma de los pulmones, se encontraba bajo una tensión emocional fuerte; observamos la historia clínica de la paciente y comprobamos que se trataba de un proceso neumónico, lo cual le explicamos de un modo que ella lo entendiera, lo cual le resultó tranquilizador para ella, diciendo que “le habían quitado un peso de encima”.

La entrevista realizada con la paciente y el núcleo familiar les ha sido de gran provecho, sometidos como estaban a una fuerte tensión a causa de que creían que la paciente era portadora de T. B. pulmonar. A través de las entrevistas logramos descartar esta idea errónea. Vimos la gran necesidad que tiene la población de encontrarse en trato más estrecho con los responsables de mantener la salud del pueblo.

Recibimos buen trato y quedamos invitados a visitarlos de nuevo, lo cual pensamos realizar para dar a conocer a la familia ciertas normas higiénicas que creemos necesitan conocer”.

Paciente D

“Se trata de un paciente de 21 años de edad que trabaja y estudia. Ingresado para un tratamiento de acné pustuloso. Se preocupa porque su tratamiento no le ofrece

confianza, se desilusiona porque no se cura. Miembro de una familia bien organizada, con suficientes ingresos económicos, con buenas relaciones entre sí y preocupados por las escasas distracciones del paciente que se cohibe por el “mal estado de su cara”, no va a fiestas, etc.

La familia de nuestro paciente vive en la planta alta de un apartamento moderno, en un reparto residencial. Limpieza y orden interior lo cual presentaba un bello y armonioso conjunto (sin haber lujo).. . Nuestro paciente es el más pequeño de tres hermanos. Tiene dos hermanas; la madre lo define como muchacho tranquilo que no va a fiestas, va al cine, regresa temprano a la casa, es “penoso”. En una ocasión que la familia completa salió con él a despedir el año bebió más de lo habitual y comenzó a divertirse que “casi no lo conocían”. Había cambiado notablemente esa noche.

No creemos que el muchacho sea un psicópata, está deprimido por su patología (acné pustuloso). Este es un ejemplo típico de cómo repercute una patología sobre la personalidad del individuo.

Nuestro grupo quiere que se siga con este método y que se haga más trabajo de este tipo ya que esto nos va a servir mejor para conocer la Psicología Médica y la Psiquiatría, lo cual nos va a orientar a que establezcamos una adecuada relación médico-paciente”.

Paciente E

“ ..Siendo sinceros diremos que ha habido compañeros que todavía no han comprendido la importancia de la Psicología aplicada a la Medicina. A pesar de eso, nosotros hemos visto que en la práctica que hemos realizado ha des-

perlado el interés por resolver los problemas que el pariente y la familia prexrtan. Buscamos resolver incógnitas que se nos plantean en la situación de la entrevista en el hogar, “no podemos quedar mal”, de esa forma se motiva más aún el estudio de la medicina.

Hemos comprobado la importancia de conocer el medio ambiente familiar del paciente. Creemos que siempre hay tiempo para establecer un “mínimum de relación médico-paciente y médico- ambiente familiar.

Alcanzamos sentido de responsabilidad y seguridad frente a los problemas: cuando realizamos prácticas como ésta nos damos cuenta de que nuestra misión fundamental no e6 recetar solamente, ni burocratizarnos, ni cobrar un sueldo.

Transportémonos fuera de los límites de la consulta o de la cama de un hospital. Véamos al paciente como un todo”.

Paciente F

“Paciente de 51 años de edad, ingresado por hipertensión arterial. En el momento de la entrevista recluido en la Sala “Albarrán”, para ser intervenido quirúrgicamente de litiasis renal. Obrero de una fábrica de tubos; vive solo con sus cuatro hijos menores de 15 años de edad; la esposa murió hace tres años. Higiene y orden precarios en la casa. Sueldo de \$120.00.

Después de una operación de apendicitis en 1954 presenta síntomas dispépticos que se acentúan en 1962, padece úlcera y recibe tratamiento. Mejora con tratamiento anti-ulceroso y en 1965 sufre una crisis diagnosticándosele un cólico nefrítico, litiasis biliar, y úlcera gastroduodenal.

La úlcera gastroduodenal, debida a la tensión emocional que se ha hecho ' roñica,

dado que realiza muchas horas continuas de labor, el centro de trabajo distante y las dificultades del transporte lo hacían inquietarse y temer llegar tarde al trabajo. Los disgustos con sus hijos, que están solos en la casa y no pueden tener las normas de conducta deseadas per el El fallecimiento de la esposa — desde que se produjo le afectó totalmente repercutiendo sobre su salud.

Al visitarlo en el Hospital le informaron que sus hijos eran atendidos por vecinos y que demostraron interés por el estado del padre: se eperó un cambio apreciable con el aflojamiento de la tensión.

Opinamos que el trabajo práctico que acabamos de realizar es de suma importancia y debía hacerse con frecuencia; con ello hacemos una relación médico-paciente fructífera, y demostramos que hay una gran mayoría de enfermedades que son de origen psíquico.

Paciente G

“El paciente de 54 años de edad presenta cáncer con metástasis, es mecánico de ómnibus locales y devengaba \$80.00 mensuales: con motivo de su enfermedad, desde Enero se encuentra con licencia percibiendo el ÓO⁰^ . Su enfermedad le ha traído una situación muy difícil, ya que su sueldo es la única entrada monetaria para el hogar constituido por su esposa y dos hijos.

Las condiciones de vida del hogar son bastante malas: ubicada en un barrio pobre, con calles en mal estado, la casa, con escaso mobiliario, está en bastante mal estado.

Fuimos impresionados en eran manera en esta visita. El paciente presenta cáncer con metástasis, ha sido muy mal tratado desde el punto de vista psicológico y humano, pues él se

siente decepcionado, ya que “se había ilusionado con que lo iban a curar”, no resultando así.

¡Cuánta necesidad de llegar a hogares así y poder identificarnos con su situación económica y social, repercutiendo en el estado de ánimo del paciente ! ¡ Cuánto beneficio hemos obtenido de esta visita para tener más presente al enfermo que a la enfermedad en el trato a nuestros futuros pacientes, para que no suceda la situación referida ! Anhelamos poder ayudar a esta familia y deseáramos ser secundados en nuestro propósito”.

Paciente H

“Paciente de 37 años de edad, con hipertiroidismo. Vive en la casa de la madre, con dos hermanos, tiene dos hijos. Separado de la esposa. Tiene dificultad en la visión. Imposibilitado para realizar su oficio de albañil, después de una fractura del hombro derecho hace un año. Depende económicamente de la madre, que es conserje de una escuela. Es alcohólico, también los hermanos y lo fue el padre.

Familia pobre en grado sumo, bajo nivel cultural; creencias en santería que influye notablemente en la conducta de todos los miembros de la familia. La madre del paciente dice que a él “le echaron un daño y tiene un majá adentro”.

Falta completa de higiene personal, en el local y mobiliario.

Familia desorganizada, donde sólo prima el dinero y no hay cariño y mucho menos respeto.

Vemos el deseo de trabajar que tiene el paciente, para no oír más reproches ni rechazos.

Nosotros no consideramos que el medio ambiente que lo rodea haya sido la causa

principal de su afección. Estamos seguros de que *sí* repercute en su tratamiento y curación.

Observamos falta de interés familiar hacia el paciente, y despreocupación de éste hacia el tratamiento. En general, vemos una familia que ha degenerado y que sólo un gran trabajo social y psicológico sobre todos los miembros puedan ayudar a su superación, aunque no total, si en la mayor parte de los problemas”.

Paciente I

“Ulcus duodenal en paciente de 50 años de edad. Nuestro interrogado tiene la responsabilidad económica del hogar: esposa, dos hijos y un hermano. Este último coopera a los gastos económicos familiares. Al tratar de indagar sobre la pesible etiología neurógena de su patología, encontramos que el paciente desde muy joven tuvo que asumir la responsabilidad del hogar de sus padres por fallecimiento de ambos, quedando él con cuatro hermanos. Desde los doce años de edad es tabaquero (torcedor).

Vivienda paupérrima, tanto respecto a la casa como al mobiliario, escasa higiene. Van a mejorar de vivienda, el Gobierno está evacuando a los vecinos de ese barrio por las malas condiciones de las viviendas. Nuestro paciente es el “médium” de la casa, cayendo en trance y dirigiendo muchas de las acciones de la familia desde ese estado. Notamos que gracias a la supuesta mediumnidad del paciente, éste logra sojuzgar e imponer su voluntad a todos los demás miembros de la familia. Dice que no explota la santería.

Creemos que en la producción de la patología del paciente se pueden invocar grandemente los factores emocionales como agentes etiológicos de su cuadro; tuvo que

comenzar a trabajar a los doce años de edad sufriendo mucho por la difícil situación de la familia. A nuestra consideración el paciente tiene un grave conflicto emocional dado por la independencia que quiere demostrar ante los demás y el sentimiento de dependencia temperamental que quiere ocultar y quizás lo hace a través de sus caídas en trance. Creemos que la religión del interrogado le facilita una forma histérica de escapar de su conflicto temperamental-carácter.

Nos gustaría que el Depto. de Psicología valorara la posible etiología de las crisis histéricas (religiosas) en lo que respecta a su conflicto. Nosotros creemos que quizás su primera caída en trance pudo quizás deberse a una agudización de lo ya descrito. Esto último lo decimos como una hipótesis de trabajo sin tener datos mediante los cuales podamos valorar la realidad de lo ya planteado”.

COMENTARIOS

La lectura de los informes que presentamos, sin lugar a dudas, expresan una actitud de ingenua sorpresa como característica dominante. Pero además, se infiltra en esa actitud de ingenuidad y

sorpresa, el despertar o el alumbramiento de la legítima vocación médica en el sentido de calidad humana, de sensibilidad para establecer la real ubicación del hombre enfermo y no de la enfermedad aislada.

Sería demasiado esperar que estos alumnos, cursando el tercer año de sus estudios, que recientemente han comenzado a tener contacto con los pacientes, que apenas han vislumbrado el concepto de medicina integral, profundicen más en sus análisis y muestren maestría ejemplar en su trabajo.

Sin embargo, entendemos que el ensayo que practicamos presenta un saldo positivo, pese a sus limitaciones organizativas. Entendemos, además, que los Deptos. de Psicología Médica y de Salud Pública, deben organizar esta experiencia con mayor perfección, con las modificaciones adecuadas que nos permita, en colaboración con el Depto. de Medicina, extender y consolidar este tipo de experiencia.

Dejamos constancia de nuestro reconocimiento a la labor realizada por las compañeras Trabajadoras Sociales del Instituto de Neurofisiología y Psicología, Dra. Mireya González, Astrid González y Ana Valdés Castillo, que hizo posible este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Araujo, L. E.*: Estudio de cien familias cubanas. Boletín del Instituto de Neurofisiología y Psicología. Academia de Ciencias de Cuba. Vol. *VII*, Núm. 1, págs. 15-56. La Habana. enero, 1966.
- 2.— Formación del estudiante de medicina fuera del hospital. Crónica de la OMS. Vol *18*: Núm. 11, págs. 473-475. noviembre, 1964.
- 3.—*Hubbard, J. P., y otros*: La familia en la formación del estudiante de medicina. Boletín de la Oficina Sanitaria I anamericana. Vol. *LIX*, Núm. 1, págs. 43-51. julio. 1964.