

amorosos, diferenciación creciente de clase social con la de la familia, alteraciones psicológicas. La corrección de la mayor parte depende de la ayuda que se le dé al estudiante para conocerse a sí mismo, reconocer su lugar en el mundo, dándole una filosofía o una religión.

Se agregó luego como causa de fracaso la neurosis, con estallido en el momento del examen, cambios de propósitos o de ambiciones, capacidad de trabajo sólo en estado de ansiedad. Las mujeres parecen más susceptibles de quebranto físico y mental.

## LA ENSEÑANZA EN EL CONSULTORIO EXTERNO O POLICLINICA

Dag Knutson

Policlínica Médica, Hospital Karolinsha, Estocolmo

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 414.

Los consultorios externos se usan frecuentemente para propósitos educacionales. Aunque en Suecia están conectados con los hospitales clínicos, forman unidades locales separadas y están igualmente divididos según especialidades.

En el uso de la policlinica hay diversos factores a considerar. El primero, es la naturaleza de la clientela, que presenta problema de importancia menor con respecto a los enfermos hospitalizados y que representa bastante mejor lo que el futuro médico encontrará como problemas en su consultorio. El segundo elemento de importancia es el factor tiempo. Probablemente todos los consultorios del mundo trabajan sobrecargados y a presión, lo que afecta indudablemente la enseñanza, aunque dan al estudiante nuevas y valiosas experiencias.

Para propósitos educativos, la calidad y tipo de pacientes debe ser amplia pero su número diario, estrictamente adaptado a sus posibilidades. Esto tropieza habitualmente con las responsabilidades que estos organismos tienen frente a la salud de la comunidad y al gran uso de los servicios por la población usufructuaria de diversos sistemas de seguro. Se agrega que las ventajas e importancia del cuidado médico continuado ha llegado a hacerse parte del pensamiento del público, haciendo difícil limitar el número de enfermos antiguos, de menor interés pedagógico.

No se necesita decir mucho del médico que enseña; debe ser un especialista, a quien le agrada enseñar y pueda disponer de tiempo en la policlinica. Sea dicho de paso, me parece que debiera señalarse que los médicos recién reci-

bidos no debieran trabajar en policlinicas, que exigen madurez para trabajar con éxito en ellas.

En relación a los estudiantes, creo que los mejores beneficios se obtienen cuando ellos ya han tenido alguna experiencia previa con enfermos y con la especialidad a que son derivados. Si ello no ocurre, no están capacitados para participar activamente, y esto es fundamental: debe interrogar, examinar, anotar y presentar al médico lo que ha encontrado, lo cual será discutido por éste. Personalmente creo que mientras el estudiante está en la policlinica, no debe gastar tiempo en el laboratorio, dedicándose completamente a la historia y examen del caso. Ello ejercita en el arte de las relaciones humanas y sobre todo tiende a contrarrestar la desmedida tendencia y el fetichismo que por el resultado de laboratorio tiene el estudiante.

Tampoco creo que los aspectos médico-sociales necesiten ser acentuados aquí, tanto porque son evidente como porque en cada policlinica hay asistentes sociales; eso sí, el estudiante debe darse cuenta del esfuerzo educativo que el médico realiza sobre el paciente.

No solamente los médicos deben disponer de tiempo para trabajar en la policlinica, sino también los estudiantes. La educación en policlinica rinde frutos solamente cuando va más allá de una corta visita y hay real oportunidad de discusión con el maestro. El tiempo razonable parece ser de un mes para medicina, para cirugía, pediatría y psiquiatría, y más corto para especialidades menores.

La enseñanza en consultorio tiene un sentido diametralmente opuesto a la de la sala de hospital: en ésta la posición es "estudie este caso cuidadosamente, porque nunca más tendrá oportunidad de ver otro parecido". En la policlínica

el énfasis debe darse al problema corriente junto a entrenar en el arte de inspirar confianza a los pacientes por medio de un trato juicioso, humano e inteligente.

## ENSEÑANZA EN EL HOGAR

Kinloch Nelson

Profesor de Medicina de la Escuela de Medicina de Virginia, EE. UU.

Proc. First W. Conf. Med. Ed. Pag. 423.

En los Estados Unidos de Norteamérica ha existido desde hace mucho tiempo una falta de correlación entre el entrenamiento en Escuelas de Medicina y Hospitales y los problemas que se encuentran en la práctica de la medicina general, campo al que ingresa la gran mayoría de los graduados. En mi propia experiencia, la naturaleza poco práctica de aquel entrenamiento basado en el estudio científico de una patología extraña, en la que cada enfermo se considera sólo un "caso" de una enfermedad rara, determina problemas de toda índole. Se olvidan de este modo la relación de la enfermedad con el problema total del paciente porque debido al "sistema de filtración", sólo los casos de compleja etiología llegan a la sala del Hospital clínico. En estas circunstancias, se acentúan en todo momento los aspectos diagnósticos y se da al tratamiento una importancia secundaria, en contraste con la práctica diaria de solucionar los problemas del paciente con debida consideración de sus deseos y peculiaridades individuales.

A lo largo de los años, se han ensayado diversos métodos por los cuales el estudiante puede ser colocado en contacto con la práctica real de la medicina. Algunas escuelas utilizan el sistema de preceptores, asignando al estudiante del último año a un médico general con experiencia, con quien vive y cuya práctica observa. Otros han desarrollado programas integrales con atención continua de un grupo de pacientes bajo la guía de varios departamentos: medicina, psiquiatría, pediatría y medicina preventiva; otros envían sus estudiantes a pequeños hospitales rurales. Todos intentan dar contacto al alumno con los problemas diarios, ilustrar acerca de los

factores ambientales y socio-económicos y acentuar el enfoque del paciente como parte de una casa, una familia y una comunidad.

En el programa llevado a cabo en Richmond se ha aprovechado la responsabilidad que tiene el Departamento de Salud de la ciudad en la atención de indigentes. El sistema, puesto en movimiento en 1949, cuenta con un médico director y dos ayudantes a tiempo parcial, que forman parte de la facultad en su departamento de medicina interna; dos internos que rotan en el servicio por períodos de 5 a 8 semanas, un administrador, 2 asistentes sociales, un estadístico y 3 secretarías.

Los alumnos del último año son asignados por períodos de tres semanas, en grupos de 8 a 10, con responsabilidades de 9 a 17 horas y turnos de sábados y festivos en los que atienden las llamadas al servicio. Las visitas domiciliarias las efectúan los estudiantes en parejas, cubriendo cada una un cuarto del área de la ciudad. Transitan en automóviles suministrados por el servicio, equipados con radio-telefonos para pedir consejo; llevan el instrumental y botiquín necesarios. De especial interés resultan las llamadas de enfermos nuevos, en los que el estudiante por primera vez es mirado y se conduce como un médico, con la responsabilidad inherente. En la ficha se recogen los datos clínicos, junto a datos sobre la estructura familiar, características de la vivienda, ingresos. Dichas fichas se discuten periódicamente en reuniones informales de preceptores, residentes, estudiantes y asistentes sociales. A muchos pacientes se les visita de nuevo el mismo día o el siguiente, por los monitores