

La Clínica Social como complemento de la Clínica Médica

*Por Miguel E. BUSTAMANTE, Médico y Doctor en Higiene.
Colaboración especial para la Revista Mexicana de Sociología.*

LA especialización médica se encuentra cada día más definida como tendencia de la práctica profesional y es constante el trabajo en colaboración, de varios médicos para resolver un problema clínico, y por esas causas, queda en primer plano en la enseñanza clínica, el aspecto impersonal y como meta la precisión del hecho científico; pero se olvida con frecuencia que cada paciente es, en realidad, un individuo con un problema muy suyo, aunque no limitado sólo a él, sino relacionado con su familia, el medio que lo rodea y la sociedad.

En la enseñanza clínica de nuestras escuelas, el estudio de un enfermo en el hospital centraliza todos sus esfuerzos en el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. El método de instrucción aceptado queda completo tan pronto como se satisfacen los preceptos de curación en su aspecto inmediato y el día que el paciente deja el establecimiento hospitalario, el documento que se le refiere se archiva y la enseñanza obtenida en el caso, será de provecho como persona, no habrá otro interés que el tenido mientras estuvo cabe los muros del Hospital.

Sin embargo, ya sea que el médico sea especialista, que vaya a especializarse o que se dedique a medicina o cirugía general, lo cierto es que en la vida de cada médico sus pacientes son algo más que el problema de diagnóstico y tratamiento de un mal orgánico individual, e interesan sus relaciones con los elementos del medio social en que se mueven.

En los estudios de higiene de tipo epidemiológico, donde los factores individuales son importantes, pero tienen segundo término, porque se estiman fundamentales los caracteres de los casos en conjunto, el médico que maneja esa disciplina, razona y procede de acuerdo con lo que ocurre en la colectividad. Para él, existe toda la escala de los problemas colectivos, desde el presente en el diario luchar con las enfermedades transmisibles, cuando un enfermo de fiebre tifoidea, de paludismo, de tuberculosis o de sífilis, es más interesante mientras existan más posibilidades de que difunda su mal; hasta los inmensos problemas de higiene mental, de enfermos que se encuentran fuera de la maquinaria social, por desajuste en su vida familiar, de trabajo o de estudio y tal cosa depende de la organización defectuosa de la colectividad.

Pensando en esto, se encuentra que la enseñanza médica, la indispensable clínica de hospital, necesita el complemento de la clínica social fuera de él; es decir, creemos que se debe poner al estudiante, en condiciones de meditar en los problemas de sus enfermos en forma semejante a la que tendrá frente a ellos cuando esté en su ejercicio profesional, en el que se asocian de modo absoluto, la curación y la prevención.

Antes de entrar al hospital, un enfermo es parte de una estructura social en la que representa una pieza que ocupa cierta posición a la cual volverá al salir del establecimiento. Si la clínica no muestra ni señala esto al estudiante de medicina, lo priva de conocer que los hechos fundamentales de la medicina curativa y de la preventiva, no pueden divorciarse unos de otros, como dice el Dr. Leathrs, y que como médico en ejercicio, tendrá responsabilidad con el paciente, con la comunidad y con la sociedad que le exigirán la aplicación de los mejores conocimientos que posea, tanto para la prevención como para la curación de la enfermedad.

Cuando el enfermo es devuelto a la colectividad de la que forma parte, si sale curado, deberá evitarse que vuelva a enfermar por repetición de las causas de higiene que anteriormente se encadenaron y contribuyeron a llevarlo a la hospitalización; si la mejora es parcial, deberá prevenirse la agravación del enfermo y el que se pierda todo el esfuerzo que llevó a diagnóstico exacto, prescripción oportuna, o a intervención quirúrgica victoriosa que produjo satisfacción intelectual y orgullo científico al médico ejecutante.

Debe borrarse la separación que ha existido entre la enseñanza de la medicina curativa y de la preventiva, y para ello es conveniente que los estudiantes reciban en las cátedras de la Facultad enseñanzas en las

que se insista en el estudio del medio que rodea al enfermo y en el del fondo social sobre el cual se mueve.

Para nuestros alumnos, la Clínica Médico Social les dará preparación bastante buena para el servicio que deben hacer, antes de recibirse, en las regiones rurales, pues encontrarán antes de salir, los métodos para resolver muchos problemas semejantes a los que más tarde se les van a presentar, cuando estén aislados y cuenten con pocos elementos, pero así como en la actualidad los alumnos no han fracasado notoriamente en diagnósticos y tratamientos, a pesar de no disponer de laboratorios de bacteriología, de aparatos de rayos X, de maternidades o de salas de operaciones y han salvado mil obstáculos con sólo los conocimientos adquiridos en las clínicas médicas y quirúrgicas orientadas hacia la terapéutica, de la misma manera se enfrentarán en condiciones mejores con los problemas médico-sociales del medio rural, si se instruyen previamente en las técnicas de la clásica social orientada hacia la prevención sobre la base de que el enfermo es parte integrante de la sociedad.

Para enseñar la clínica social, pueden servirnos de guía, los métodos que se siguen en otras Universidades donde han dado muy buenos resultados. En La Universidad de Vanderbilt el Departamento de Medicina Preventiva que tiene a cargo de los Dres. Leathers y Meleny posee dos métodos de enseñanza.

El primero consiste en efectuar clínicas unidas de su Departamento y el de Medicina Interna siempre que se encuentren casos en los que exista un problema interesante de medicina preventiva. Se hace que el estudiante encargado de la historia clínica, visite acompañado de un profesor del Departamento de Medicina Preventiva, la casa del enfermo y el lugar donde trabaja, el alumno estudia y anota los defectos del medio que puedan haber contribuido al desarrollo del padecimiento, y procura determinar cuándo y por qué enfermó la persona de que trata, y sugiere los medios de corregir los defectos encontrados.

Los resultados de la investigación se dan a conocer junto con la historia clínica en la Clínica Médica, y en esa forma al presentar el cuadro completo amplio grupo de estudiantes, se insiste en la importancia que ha tenido conocer los diversos detalles observados fuera del Hospital.

El segundo método de enseñanza que se usa también en la Universidad de Yale es realmente una variación del anterior. Para el estudio se toma un caso de la clínica externa, se establece cooperación entre los cursos de medicina preventiva, de trabajo social y de clínica médica. Cuando la investigación preliminar muestra que un caso tiene bastante interés

social, se le señala a uno de los estudiantes del curso de Medicina Preventiva para trabajo más extenso.

El alumno analiza primero la historia clínica y los datos obtenidos por los departamentos interesados y luego visita al enfermo en su casa, acompañándose de una trabajadora social.

Se estudian, el medio en que vive el enfermo, las circunstancias especiales concurrentes, y se determina el procedimiento que se deberá seguir para la solución del problema médico-social del enfermo. Generalmente se necesitan varias visitas para lograr una confianza del paciente y sus familiares y para adquirir toda la información de la cual se va a basar el programa de trabajo futuro.

La información comprende los siguientes capítulos:

a). Descripción de la casa, incluyendo la vecindad y caracteres de la habitación.

b). La familia, incluyendo datos sobre salud, educación e inteligencia de los individuos que la componen y cuál es su actitud frente a la enfermedad que aqueja al paciente.

c). La historia de la familia hasta donde los hechos estén conectados con el problema médico actual.

d). La historia personal del enfermo, su educación, historia matrimonial si es pertinente, ocupaciones anteriores y presente, su situación personal y su actitud hacia su problema médico-social.

e). El problema social de la familia, incluyendo los de armonía o falta de ella entre los miembros del hogar y su conformidad con su falta de ella entre los miembros del hogar y su conformidad con su ambiente, sus problemas de diversiones, religión y conflictos con la ley.

f). El problema económico de la familia incluyendo ingresos, gastos, ayuda económica de fuentes extrañas como sociedades de mutualismo, altruismo, etc., y posibilidad de que los ingresos familiares permitan que se ejecute el tratamiento.

g). Problemas médicos de la familia, particularmente si hay otros casos en ella, de la misma enfermedad que aqueja al paciente, o bien otra u otras que compliquen el cuadro familiar.

Poseyendo esta información, el estudiante formula una historia y prepara un programa de trabajo orientado hacia la solución del problema, desde el punto de vista médico-social.

En las posteriores ocasiones en que el enfermo vuelva a la clínica externa, estará presente el alumno en las exploraciones, seguirá el curso del tratamiento y arreglará el examen de los demás individuos expuestos en el hogar. Las diversas intervenciones requieren tacto, persistencia y forzosamente que haya confianza de parte de la familia en el futuro médico.

Además, en el curso del trabajo, el alumno tendrá que establecer relaciones con varias instituciones, generalmente de asistencia pública, de salubridad o de trabajo, y necesita lograr que en las mismas se interesen por el caso. Cuando importe el factor referente a ocupación de la víctima, el estudiante seguirá ese ángulo del problema y en ciertas ocasiones aconsejará los medios para impedir que la enfermedad se presente en otros trabajadores.

Si como es muy frecuente, hay defectos higiénicos en las costumbres de alimentación, aseo, diversiones, cuidado de la habitación, tratamiento de las enfermedades, etc., el alumno buscará el remedio y sugerirá el que deba aplicarse.

Es de tenerse en cuenta que sólo la primera visita, o por rareza alguna vez más adelante, el profesor acompañará al alumno, y por consiguiente, toca a éste ejercitar libremente su inteligencia, iniciativa y recursos para beneficiar a los interesados. Sus consultas al maestro comprenderán los puntos en que verdaderamente necesite orientación o ayuda.



A título de ejemplo damos a conocer un ejercicio de clínica médico-social, realizado en Monterrey, N. L., en el curso de la Quinta Semana Médica del Sindicato Neoleonés de Médicos Cirujanos. El procedimiento seguido en el estudio, consistió en tomar como punto de partida el caso de consulta externa del niño Daniel X. . . , cuya historia clínica, diagnóstico y discusión, así como pronóstico y terapéutica fueron presentados a los Médicos asistentes por el Dr. Guillermo Bosque y sus ayudantes doctores Sariñana y Fernández Viñas.



Antecedentes.—En compañía del Dr. Juventino Villarreal Muñoz, que amablemente nos proporcionó la oportunidad de estudiar a un enfermo residente en la ciudad de Monterrey, N. L., y con historia clíni-

ca conocida de los asistentes a la Semana Médica, visitamos el alumno de Higiene de la Facultad de Medicina de México, José González Quijano y el autor, la casa y la familia del enfermo Daniel X. . .

Habitación.—Vive el pequeño Daniel en un departamento de vecindad, compuesto de dos piezas, que son la recámara y la cocina-comedor. La primera tiene puerta directa a calle pavimentada, y cuenta con servicio de agua potable. Exteriormente la vista de la vecindad es aceptable, en términos generales, y no se manifiesta la precaria situación de los habitantes, que resalta al trasponer el umbral y empeora en los patios interiores, siendo la impresión más penosa mientras más lejos se está de la calle.

La recámara mide 4 por 5 metros, y es el único cuarto habitable de la casa, tiene cuadros como los que ordinariamente adornan las habitaciones humildes, colocados con cierta simetría y cuidado, en paredes encañadas y limpias, los calendarios son del año en curso, y pocos, sin cubrir la pared en forma que faciliten acumulación de polvo o el abrigo a insectos.

Mobiliario.—Una cama para las tres personas de la familia, un ropero, un colchón cuidadosamente envuelto en una sábana y atado fuertemente por lo que se ve, no está en uso diario; una mesa de madera corriente sin pintar y tres sillas, constituyen el mobiliario de la habitación; la puerta interior se abre a la cocina pequeña, de paredes de madera sin ensamblar y comunicada directamente al patio interior, de piso de tierra y ocupado por barracas. En la cocina hay escasos utensilios, la estufa de tractolina, era utilizada en el momento de nuestra llegada por una vecina. Los alimentos en preparación o listos para la comida del medio día, son frijoles, atole de maíz, café y pan en escasa cantidad, algunos chiles y poquísimas verduras. Los cubiertos son del número exacto indispensable para las personas de la familia, están limpios y colocados con cuidado en un jarro. Hay en la cocina una tabla para lavar ropa, un jabón entero y señales de uso reciente del lavadero.

Tanto el piso como los muebles están aseados y no vimos huellas de insectos o de roedores. Hay un baño y excusado colocados en el patio y para uso de los miembros de esta y otras familias de la vecindad.

Familia.—Se compone de tres personas enfermas y que por consiguiente, constituyen un problema social, que cada día será más grave, porque desgraciadamente al platicar con ellos encontramos datos para

pensar en epilepsia del padre y tuberculosis de la madre, El niño tiene un proceso cardio-vascular que va llegando a su terminación, de manera que están amenazados directamente todo el porvenir inmediato y las perspectivas de estas personas, cuya educación e inteligencia son superiores a las que se encuentran generalmente en el grupo de trabajadores sin oficio u ocupación determinados, al cual pertenece el padre.

Desde el punto de vista psicológico es sorprendente que la actitud de las tres personas, hacia sus propios padecimientos no es exageradamente emotiva o de desesperación. El padre se expresa fácilmente, tiene vocabulario amplio y apropiado, explicable porque en sus años juveniles terminó la primaria, estuvo en un seminario y ha viajado por diversos lugares de la República; aunque está preocupado, en primer lugar, por la enfermedad de su hijo y después por la de su esposa, tiene cierta actitud de indiferencia complaciente por su propio padecimiento, que parece en el fondo, darle consuelo al permitirle explicar por qué no está trabajando en la actualidad.

Tanto el padre como la madre aceptan con absoluta confianza cualquier afirmación sobre sus enfermedades, sin atender a las variaciones de diagnóstico médico al evolucionar sus males y consultar en diferentes lugares y en diferentes épocas a distintos facultativos.

Tranquilamente declara el padre que cuando estaba en Tampico, un doctor le dijo que su hijo no tenía ningún padecimiento del corazón, solamente los alimentos fríos le producían dificultad al respirar, y tos, la que sufrió en el puerto le duró cuatro meses y por diversos datos del interrogatorio parece haber sido tos ferina; la deformación del tórax y las pulsaciones anormales visibles en la región precordial, no fueron notadas por los padres sino hasta hace poco tiempo, y no han advertido que al jugar y correr se acentúe su malestar; al niño se le permite manejar su automovilito, montar en velocípedo, correr durante varias horas en compañía de los demás niños de la vecindad, y les agrada a los padres decir que no se pone malo.

Historia de la familia.—La familia es originaria de Huejutla, Hgo., de donde el padre se trasladó a Tampico hace 10 años, trabajó primero en los ferrocarriles, después enfermó de paludismo y por esa causa vino a Monterrey, donde se dedicó al comercio ambulante y en los últimos 18 meses a hacer cobros para diversas casas comerciales, utilizando una bicicleta de su propiedad.

En la actualidad no trabaja porque se fatigaba demasiado. En el Dispensario de los Servicios Coordinados de Salubridad se le hizo una reacción de Mantoux que resultó positiva, y en la actualidad está sometido a tratamiento y a aplicación de inyecciones de calcio.

La señora que también tuvo reacción de Mantoux positiva, que fué examinada por medio de rayos X y ha perdido 20 kilos de peso en tres años, también está sometida a tratamiento de inyecciones de calcio y tintura de yodo por vía oral, y cree tener un padecimiento del corazón.

A pesar de que los esposos están enfermos y hace tiempo que no trabaja el padre, no parecen encontrarse en condiciones de gran pobreza; los tres tienen calzado en medianas condiciones de conservación, todos están aseados en sus ropas y personas, la madre al regresar del Dispensario estaba abrigada con un pequeño saco de pana y su arreglo personal y aseo demuestran preocupación por la presentación, sin extrema depresión mental ante las difíciles circunstancias de la familia.

Las relaciones entre los componentes de la familia parecen ser buenas, por las diversas respuestas, comentarios a nuestras observaciones y la conversación que durante casi una hora y media sostuvimos con ellos. No hubo ninguna dificultad o reproche respecto a la causa de la enfermedad del niño, y toleraron perfectamente que varios individuos extraños, estuviésemos examinando al pequeño.

Bajo la apariencia que tanto cuida la clase media mexicana, la situación económica de esta familia es grave, por la falta de ingresos seguros, los gastos de renta, vestido y los crecientes de alimentación conforme al alza en el costo de la vida. No se quejan y no recibimos indicación de que el problema sea agudo, pero es seguro que pronto van a caer estas tres personas, como consecuencia directa de su falta de salud, bajo la responsabilidad inmediata de familiares o amigos, y poco más tarde, bajo la del Estado.

Reflexiones sobre el caso-médico social y programa de trabajo.— La enfermedad de Daniel, según lo expuesto en la clínica médica hace dos horas, tiene un pronóstico grave a plazo relativamente corto, quedando como esperanza la de que el tratamiento antilúético no fracase a pesar de que están en contra suya la rapidez e intensidad con la que evolucionan a su edad, los padecimientos cardio-vasculares como el que le afecta.

Además, no se le puede someter a reposo completo, ni suprimirle juegos y distracciones con los otros compañeritos de su vecindad.

La falta de trabajo del padre es perjudicial para todos y para cubrir los gastos de tratamiento antilúético y antituberculoso. El diagnóstico de los padecimientos de los padres debe ser hecho para acelerar el alivio y que vuelva a trabajar nuevamente el señor, a quien no falta la ayuda de la esposa para mantener el hogar aseado y decoroso. Logrado esto se evitará que pese la familia sobre la variable caridad de otras personas que no tienen obligación definida hacia ella y se bastará a sus necesidades dentro de su medio. La Asistencia Pública ahorraría un gasto mayor en el futuro por una ayuda en médico y medicinas en el presente.

Tan pronto como el padre se alivie y esté en tratamiento, se deberá buscar la forma de que trabaje en forma constante y sienta responsabilidad hacia su esposa y su hijo.

Conclusiones.—La forma en que se presenta este caso cuando se tienen en cuenta las circunstancias halladas desde la primera visita de clínica médico-social, a mi modo de ver, causan una impresión diferente de la que se había adquirido respecto al enfermito, cuando sólo se pensaba en el diagnóstico y el tratamiento.

Al complementar los datos de la clínica médica con los de la social, la historia es más humana, y nos pertenece en cierta forma el caso de este niño, desde que conocemos a su familia, sabemos cómo es su hogar y cuál es el medio en que vive, así como los problemas de conjunto. No queda ya aislado y dominado por los detalles exclusivamente médicos, se ha reincorporado a la vida de la ciudad de Monterrey, y pasa a ser un problema de la colectividad y de la organización urbana.

El diagnóstico y la terapéutica para Daniel X. . . , abarcan ahora los problemas de diagnóstico y terapéutica de las enfermedades transmisibles de sus padres, tienen indicación precisa y deberán llevarse a cabo de acuerdo con normas científicas conocidas. Entran a la historia multitud de problemas colectivos y variadas circunstancias que ayudan a trazar una línea de conducta y prevención para evitar que este pequeñuelo y sus padres, lleguen a ser en poco tiempo, tres individuos sin esperanza, elementos improductivos y arrastrados por las consecuencias de sus enfermedades no atendidas.

No podemos poner fin a esta breve historia clínica médico-social, porque se prolongará mientras continúe la vida de estas personas, y la primera visita apenas ha iniciado el trabajo para nosotros. Pedimos, especialmente a los médicos y a los alumnos de medicina que encuentren palpitante el interés humano de este caso, que lleven adelante el programa

bosquejado para la resolución de él, desde el punto de vista de la medicina social y que sea el primero de una serie que indique que la sociedad va tomando su responsabilidad de proporcionar y asegurar a todos sus miembros, conforme al concepto actual de medicina-social, facilidades de prevención y curación, atención médica adecuada hasta donde los medios de la ciencia y los recursos económicos organizados lo permitan, y más aún, cierto dominio sobre todos los factores del medio que afectan el bienestar físico y psíquico de todos los miembros de la sociedad.

REFERENCIAS

Bustamante Miguel E. "El Servicio Médico Social de la Universidad". *Rev. Mex. de Sociol.* Año II, II, 2, 5-13, 1940.

Medina Echavarría José. "Sobre la Investigación Social en nuestros días". *Rev. Mex. de Sociol.* Año II, II, 4, 23-41.

Leathers W. S. "Development of the Clinical Concept in Teaching Preventive Medicine". *The Jour. Of. Assn. of Am. Med. Colleges.* March, 1932.

Leathers W. S. "Correlation of Departamental Activities in the Instruction of Medical Students". *Journ. of the Assn. of Am. Medical Colleges.* 1934.

Sydenstricker Edgard. "The Chaging concept of Public Health" *The Milbank Memorial Fund, Quarterly.* N^o 4. Oct. 1935.