

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CLINICAS MEDICAS FAMILIARES,
EVALUACION MEDICO SOCIAL"

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

RODRIGO DE JESUS DE LEON OVALLE

AL CONFERIRSELE EL TITULO DE

MEDICO Y CIRUJANO

Feb.

GUATEMALA 1974

PLAN DE TESIS

- I PRELIMINARES:
 - A- INTRODUCCION
 - B- ANTECEDENTES
- II MODELO
- III INVESTIGACION:
 - A- MATERIAL Y METODOS
 - B- RESULTADOS
- IV DISCUSION Y CONCLUSIONES
 - A- DISCUSION Y CONCLUSIONES
 - B- RECOMENDACIONES
- V APENDICE:
 - A- RESUMEN
 - B- BIBLIOGRAFIA

I- PRELIMINARES

I a INTRODUCCION

Tradicionalmente la enseñanza de la Ciencia Médica, a través de los años, ha pretendido llevar aparejadas la investigación del individuo como enfermo y la investigación del individuo como tal, esto es, incluyendo su estado síquico, empero esto no siempre se cumple, puesto que el fenómeno paradójico de deshumanización que se adquiere en el entrenamiento hospitalario, hace de las evaluaciones un trabajo incompleto, al centrarse toda la atención sobre la entidad nosológica afectante desligando en muchas ocasiones el aspecto o las repercusiones síquicas y económicas que los males traen consigo.

Este pequeño preámbulo se ha citado para celebrar el cariz que, actualmente, la Facultad de Ciencias Médicas ha tomado en relación con el estudio del individuo enfermo, o sean sus distintas áreas (Ciencias de la Conducta, Ciencias Clínicas, Ciencias Biológicas) y, en las cuales se ha puesto al estudiante desde su etapa embrionaria con pacientes. Al decir ésto, es notorio el aprovechamiento que el cursante hace desde los albores de su carrera, impulsado por su entusiasmo y su aparente vocación que lo llevó al estudio de este noble arte, pareciendo así una buena manera de "entrarle", por no poderlo expresar de otra manera, al proceso del aprendizaje.

El objetivo de este trabajo, fue evaluar hasta qué punto, parte de esta modalidad de entrenamiento o enseñanza de la Ciencia Médica rindió frutos. Los resultados de la labor realizada señalaron algunas lagunas, las cuales como se verá, se han atribuido al poco tiempo que ha transcurrido desde el inicio de esta práctica, lo cual ha derivado en una serie de defectos, totalmente subsanables, si tomamos en cuenta que lo que ha faltado ha sido más que todo personal y equipo. No obstante, en términos generales, hay un optimista logro. Se ha notado ahora a un estudiante de Medicina que ya no puede ser indiferente al problema económico social que vive el país, factor importante en

el o los procesos endémicos que desde hace centurias nos oprimen, incluyendo entre ellos el analfabetismo; el conocimiento del Perfil Social, le ha permitido al estudiante escudriñar más a fondo este aspecto, situándose de esta manera en un lugar de comprensión acerca de las entidades nosológicas, evaluándolas a conciencia sin poder deslindarla totalmente del estrato, grupo estado de ánimo o condición económico del enfermo. Es claro que todo esto tiene sus excepciones, no todos los estudiantes aplican sus criterios así, algunos mejor que otros no, pero todo depende también de la condición o estrato social de éstos, sin embargo puede decirse que hay una tendencia general a hacerlo bien, en contraste con estudiantes de otras épocas, quienes este punto de vista lo valoraban someramente o lo descuidaban. Todo esto redundaría en beneficio del enfermo al aplicársele una evaluación más completa; todo esto redundaría también en beneficio de la Institución tratante (Hospital) al aplicar un estudio más científico y mejor orientado permitiéndole obtener prestigio y, todo esto redundaría también en beneficio de los médicos tratantes al aplicar, en equipo, evaluaciones más completas, mejor encaminadas y por supuesto la labor que el médico descuida con mucha frecuencia: su Plan Educacional.

No pretendemos manifestar que esto sea la panacea para resolver todos los problemas de la medicina y de la nación, pero debe verse como un logro positivo en el lento proceso de desarrollo o transformación que deben sufrir nuestras arcaicas estructuras, que rato ha predominan, en busca de mejores derroteros para nuestros padecimientos endémicos, que van desde los eternos problemas nutricionales con su consabida elevada mortalidad, hasta los procesos actualmente mejor conocidos, v. gr. Cáncer enfermedades inmunológicas, pasando por la vasta complejidad de procesos infecciosos y por supuesto los trastornos siquiátricos, que no son nada del otro mundo ya en nuestros lares.

I-b ANTECEDENTES

Constantemente y con mayor frecuencia en los últimos años, se ha insistido sobre la necesidad de que los estudiantes universitarios realicen prácticas en áreas rurales y otras áreas del país, con las que contribuirían a solucionar problemas nacionales de distinta índole, así mismo se ha dicho que al estudiante no basta con prepararlo técnicamente sino debe poseer un conocimiento de la realidad sociocultural y biológica del medio.⁵ Por otra parte durante el I Congreso Social Universitario se señaló la conveniencia de que las escuelas facultativas iniciaran programas de servicio social a cargo de los estudiantes, tomando también en cuenta que las prácticas de grupos, en comunidades no universitarias, deberán ser también estimuladas y una relación cercana entre estos grupos externos y los hospitales universitarios debería ser reforzada.

Todo esto parte del fin perseguido de formar médicos "ecológicamente adaptados al medio guatemalteco"¹, tomando en cuenta que un excelente currículum teórico, no genera automáticamente una buena enseñanza, sólo la facilita, y entonces podemos comprender que el giro tomado después del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas, incrementando actividades que despierten interés investigativo por parte del estudiante participante, así como el servicio asistencial que se presta con las mismas, ha venido en parte, a formar una nueva etapa en el cumplimiento de lo antes mencionado.

También se ha dicho, referente al cambio en la facultad de medicina, que en una época cuando hay más apetito de saber, más demanda de habilidades y más necesidad de servicio, nuestros métodos de enseñanza tienen que modificarse para obtener mayor rendimiento y efectividad;⁴ y así vemos que desde el inicio de la carrera, el estudiante es ya puesto en relación con el paciente, su familia y su comunidad, creándose las Clínicas Médicas Familiares de la Fase II, como un eslabón de esta cadena de cambios, tomando en cuenta las palabras del Dr. Ronaldo Luna "el afán de renovación es tan complejo que creemos que lo

único permanente, en la facultad de medicina, es el cambio".⁴

Las justificaciones, al inicio de las ya mencionadas clínicas, se marcaron así: (tomado literalmente del programa de Ciencias Clínicas II)

1. la preparación del estudiante de Fase II en junio del año 1970 (fecha que se inició esta actividad) incluye todos los principios clínicos para trabajar los problemas médicos del paciente ambulatorio y necesita únicamente experiencias repetidas.
2. necesitamos comenzar a darle al estudiante experiencias longitudinales de lo que es la enfermedad y ^{no} solo el contacto episódico con el individuo.
3. la experiencia clínica ambulatoria es una actividad más cerca de la realidad de la práctica médica.
4. la actividad de clínica ambulatoria favorece la relación del estudiante con la familia y con el medio guatemalteco.
5. hay necesidad de que la práctica ambulatoria de la medicina tenga un enfoque científico dentro de la situación económicosocial de Guatemala y la Facultad de Ciencias Médicas puede darle esa orientación si la práctica se inicia en esta época de la formación de nuestros estudiantes.

Y específicamente, el proyecto de Clínicas Familiares fue:

Proyecto de la Clínica Familiar de Fase II en la Colonia Centroamérica (la primera de éstas creada):

Descripción:

La clínica familiar, será una actividad de la Facultad de Ciencias Médicas, para que en forma supervisada el estudiante se inicie en la adquisición de experiencia clínica y administrativa en

una unidad de Salud que proporcionará servicios médicos y de Salud Pública a una colectividad determinada.

Proyecciones:

Prestar asistencia completa, abarcando los aspectos preventivo y curativo, con proyección psicosocial y que además de ser continua estará centrada en la comunidad.

Objetivos: Relativos al estudiante:

- a. Que conozca, comprenda y valore a través del estudio de una comunidad, a la sociedad como un ente susceptible de ser sometido a los mismos criterios etiológicos, patogénicos y terapéuticos, con que se estudia al individuo, considerado en su unidad biopsicosocial. Desarrollar en los estudiantes la concepción social de la medicina.
- b. Iniciallo en:
 1. administración y práctica de salud pública.
 2. Organización de la colectividad.
 3. Educación sanitaria
 4. Higiene del medio
 5. Organización de la asistencia médica.
- c. Que al aplicar sus conocimientos clínicos, adquiera habilidades y actitudes en el manejo del paciente ambulatorio.

Relativos a la Facultad de Ciencias Médicas:

- a. Adquirir experiencia directa en los problemas colectivos al proyectarse la Facultad de Ciencias Médicas a la comunidad.
- b. Contribuir a la coordinación e integración entre los servicios nacionales de Salud y la Facultad de Ciencias Médicas.

- c. Ofrecer un ejemplo de como adecuar los programas de estudio de la Universidad, a los problemas reales de nuestra sociedad y su desarrollo.

Relativos a la Colonia Centro América:

Proporcionar a esa comunidad un servicio mínimo de atención médica en su inicio, con un futuro ya descrito en las proyecciones.

Recursos:

a) Ministerio de Salud Pública:

- 1) Equipo: Edificio Centro de Salud situado en Colonia Centro América.
- 2) Mobiliario: seis mesas—escritorio
ocho mesas de examen y
veinticuatro sillas.

b) Facultad de Ciencias Médicas:

- 1) Personal: Supervisión de Fase II
2 profesores instructores
16 estudiantes de medicina.
- 2) Tiempo: 3 horas diarias de 13 a 16, de lunes a viernes.
- 3) Equipo: Clínico: propio de estudiantes y profesores.
Laboratorio: un microscopio y cristalería para exámenes de orina, heces y sangre.
- 4) Papelería: la misma del Hospital Roosevelt.

- c) la comunidad: de acuerdo con su motivación y posibilidades, aprovechando los grupos sociales organizados en ella.

Actividad:

- 1) La clínica se abrirá de lunes a viernes, de las 13 a las 16 horas.
- 2) Los pacientes llegarán por cita, si no hay cupo el día solicitado se atenderán de acuerdo con la necesidad de servicio.

- 3) El personal estará organizado de la manera siguiente:

Director Médico, un profesor
Director Médico Administrativo, uno o dos estudiantes
Supervisor clínico, un profesor
Médicos estudiantes, 12 estudiantes
Laboratoristas estudiantes, 2 estudiantes

Funciones:

- Director Médico: Supervisión del (o los) director médico administrativo. Aprobará y firmará el plan de acción que el médico estudiante diseñó, firmará recetas. Colaboración estrecha con el supervisor clínico.
- Director Médico Administrativo: Distribución de pacientes entre los médicos estudiantes. Encargado del movimiento administrativo de la clínica, bajo supervisión del director médico y supervisor clínico.
- Supervisor clínico: supervisión del trabajo clínico, de los médicos estudiantes. Colaboración estrecha con el director médico.
- Médico estudiante: cada médico estudiante hará una ficha del paciente de acuerdo al patrón de Fase II, y en ella seguirá al paciente. Dará citas al paciente para el próximo día que el estará en la clínica.
- Los días miércoles de 13 a 16 hrs, visitará a sus pacientes

en su domicilio. Diseñará el plan de acción. Solicitará al laboratorista estudiante la ejecución de los exámenes de laboratorio básico y los resultados los incorporará a la ficha. Los pacientes y los médicos estudiantes contarán con consulta especializada programada de cirugía, endocrinología, medicina interna, pediatría y urología, en el Centro de Salud. Cuando sea necesario el paciente será referido para Hospitalización directamente, como corresponde, al Hospital Roosevelt, ya que esta clínica es parte del mismo.

Duración de la práctica:

Los estudiantes pasarán por la clínica familiar durante tres meses. Su experiencia total sería de 52 hrs. de consulta externa (laboratorio, administración y atención médica), 27 hrs. de visita domiciliaria.

Evaluación:

s,1. Cada mes se hará una sesión general de la clínica familiar donde se evaluarán:

- Casos interesantes y su discusión.
- Casos problemas y su discusión.
- Satisfacción de actividad administrativa.
- Satisfacción de actividad clínica.
- Satisfacción de la comunidad.

2. La evaluación del trabajo del médico estudiante se hará:

- Con la auditoría de sus fichas médicas.
- Apreciación personal de los directores médicos y

supervisor clínico, la cual se llevará en una ficha especial para cada alumno que ya fue elaborada en la Fase II.²⁻³

Para finalizar, se revisó el documento emanado del Congreso de Reestructuración de la Educación Médica en Guatemala, que dió sus conclusiones en junio de 1972, y que, lo que nos interesa, fue dicho por el grupo II, en el tema I:

“Como se consideran los objetivos actuales de la fase II”, y cuáles son las recomendaciones al respecto:

Conclusiones:

1. Desde el punto de vista teórico los objetivos de fase II están adecuados, pero no se llevan a la práctica. (nótese que no se especifica que alguno de todos si sea bien llevado a la practica).
2. Los objetivos de la Fase II son inadecuados, porque la visión que se da del estudio del individuo, la familia y de la comunidad enfermos no da una visión global de la realidad, al mismo tiempo por ser imposible enfocar únicamente un sólo aspecto de la historia natural de la enfermedad en cada una de las fases.

Así como el grupo XI, en el tema I en su octava conclusión dijo:

“que a nivel del 3er. año se impartan las Clínicas Familiares”.¹

II PROYECTO IDEAL DE CLINICA FAMILIAR

Idealmente y revisando lo anterior, estas clínicas podrían funcionar para población que oscilara en 2,000 habitantes y además que se contara con la colaboración de otras escuelas facultativas de la Universidad, y siendo las actividades que cubren a la población mayoritaria (madres y niños), las más importantes, sería lo mejor un horario vespertino talvés de 16 a 19 hrs. en los días hábiles y las 24 hrs. del día para su servicio de emergencia (pediátrica y obstétrica).

No se hará mención del equipo o mobiliario, ya que lo interesante en este modelo serán las funciones, personal, programas o desarrollar y planta física.

Funciones:

Se deberá tratar de llenar, lo más posible, los niveles de aplicación de la Medicina preventiva, según el esquema de Leavell y Clark, o sea:

Promoción,

Protección específica,

Diagnóstico precoz,

Lmitación de incapacidades y

Rehabilitación.

Programas a desarrollar:

Entre otros muchos, que sin duda podrían ser importantes, creo que, a mi criterio, deben funcionar los siguientes:

Orientación prematrimonial

Higiene sexual

Orientación matrimonial

Control prenatal

Puericultura

Control del niño sano y patológico

Orientación de niño subnormal

Salud y Seguridad

Vacunación

Saneamiento Ambiental

Planificación Familiar

Estudio Socioeconómico

Formación Vocacional de Madres

Consulta externa de adultos sanos y patológicos.

Personal:

Que, se puede comprender fácilmente, es el mínimo para poder desarrollar adecuadamente los programas citados en el párrafo anterior.

Director

Jefe de sección:

Médica

Psicológica

Socioeconómico

Médicos:

Medicina General

Obstetra

Pediatra

Psiquiatra

Psicologo

Estudiantes

Trabajadora Social

Inspector ambiental

Enfermeras

Laboratoristas

Bibliotecaria

Maestros de Artes

Secretaria

Conserje

Planta Física:

Sin duda alguna, debe de adecuarse en lo más posible, a las condiciones socioeconómico-ambientales del pueblo de Guatemala y que en términos generales debe comprender lo siguiente:

Salas de espera

Jardín infantil

Baños

Salón de conferencias

Material audiovisual

Farmacia

Biblioteca

Laboratorio

Talleres

Clínicas Médicas y psicológicas

Oficina de Servicio Social

Oficina de Administración

Clínica de urgencias y cirugía menor

Equipo pertinente.

Creo conveniente anotar que sobre los párrafos de descripción, proyección y objetivos, trazados en el proyecto de la facultad, estoy en completo acuerdo; no así con la duración de la práctica que estimo debiera prolongarse a 6 meses y el horario ser cambiado, como ya se apuntó antes.

La evaluación, por su parte, deberá modificarse y adaptarse en lo posible a los distintos programas a cubrir y a la diversidad de personas que tomarán parte en el funcionamiento.

Tomando en cuenta lo antes expuesto, paso a definir los objetivos del presente trabajo.

III - INVESTIGACION

III - a OBJETIVOS

1. Relativos al estudiante:

Llegar a establecer, en la medida que el método empleado lo permita, la conveniencia o inconveniencia que el giro tomado en las Ciencias Clínicas de la Fase II de la Facultad de Ciencias Médicas, y operado durante el año de 1969, en uno de sus aspectos, ha proporcionado al estudiante como medio para obtener conocimientos, habilidades y actitudes en relación con lo que se considera indispensable en el futuro médico, o sea el trato y la eficiencia de éste en el aspecto de salud, en relación con los pacientes como personas individuales o integrantes de una familia y una comunidad; así como los conceptos que a partir de esta práctica se formó el estudiante en relación a aspectos administrativos y preventivos en torno a la salud de las personas a las que se presta servicio.

En igual forma, evaluar hasta qué punto, las justificaciones iniciales de estas prácticas fueron válidas investigándolas en forma retrospectiva y tomando en cuenta, no el pensamiento de los directamente relacionados con su programación, sino la parte más interesada en el asunto, como lo son los propios estudiantes, quienes considero son los portadores de la última palabra al respecto y los que directamente saldrán favorecidos o afectados en su formación profesional.

También se tratará de establecer la relación profesor-estudiante en su aspecto afectivo y científico, tomando en cuenta que es factor importante en el fiel cumplimiento de sus funciones asignadas y estímulo para sacar el mayor provecho en relación a los fines perseguidos al principio de las mismas.

2. Relativos a la comunidad:

Si confiamos que la labor realizada ha sido satisfactoria, considero indispensable establecer los alcances de esta práctica

como instrumento de salud pública, que la facultad de Ciencias Médicas y probablemente, en ocasión futura, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, pudiera utilizar para contribuir, en grado mínimo, a solucionar el problema de salud en la comunidad con el fomento de este tipo de actividades.

Por otra parte la comunidad, como factor participante en este tipo de actividades, tendrá la oportunidad de expresar su punto de vista sobre el servicio prestado, ya que de otra manera considero que, aunque fuera sin estar satisfecha, podría continuar solicitando atención por el simple hecho de no poder recurrir a otro centro similar.

III - b MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo, se limitó un universo de estudiantes que participaron en estas prácticas, y que constituye la cuarta parte de las tres promociones que, desde 1970 hasta junio de 1973, realizaron dicha actividad clínica. La muestra fue escogida al azar proporcionalmente al número de componentes de cada promoción.

No se persiguió saber razones personales sobre el criterio al respecto, sino solamente el establecer la conformidad o falta de ésta a dicha actividad, ya que en ese caso hubiera sido difícil, sino imposible emplear método estadístico alguna para llegar a conclusiones.

Para realizar la investigación se usó el método de encuesta por papeleta impresa con preguntas concisas y fáciles de contestarlas y que, se trató en lo posible, no diera lugar a ambigüedades o interpretaciones erróneas. La papeleta contenía preguntas que fueron agrupadas según las justificaciones de la práctica clínica de la Fase II, la descripción y proyecciones de la Clínica familiar en particular, así como los objetivos, recursos, funciones y evaluación de esta práctica, y su contenido era:

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS

ENCUESTA SOBRE LA PRACTICA EN LAS CLINICAS MEDICAS FAMILIARES DE LA FASE II

- A. Las preguntas formuladas sobre las justificaciones de las actividades de Ciencias Clínicas II, fueron:
 1. Los conocimientos obtenidos en la práctica fueron:
 - a. suficientes b. medianos c. escasos
 2. La cantidad de experiencias, en número de pacientes fue:

- a. considerable b. moderada c. escasa
3. El tiempo que duró la práctica fue:
a. excesivo b. suficiente c. poco
4. Considera que la práctica médica con pacientes ambulatorios es más cercana a la práctica como profesional, que el trabajo hospitalario:
a. si b. no
6. Según lo anterior en que lugar curricular debería ser:
a. antes b. en el que tiene c. después
- B. Sobre la clínica familiar de la colonia Centroamérica, con relación a descripción y proyecciones:
7. Encontró experiencia administrativa:
a. si b. no
9. Fue adecuada y suficiente esta experiencia:
a. si b. tal vez c. no
9. Qué papel sobre aspecto preventivo cree que desempeñó:
a. bastante b. poco c. ninguno
- y cree que fue:
a. adecuado b. inadecuado
10. Había proyección psicosocial en sus actividades:
a. si b. no

- C. en relación a los objetivos:
11. Considera haber adquirido habilidades y actitudes positivas para con los demás pacientes después de esta práctica:
a. suficientes b. pocas c. ninguna
12. Cree tener un concepto social de la medicina:
a. si b. no
- D. En cuanto a recursos:
13. Como considera la actitud de los profesores hacia los estudiantes:
a. buena b. aceptable c. mala
14. Contó con consulta especializada durante la práctica:
a. siempre b. ocasionalmente c. nunca
15. Notó cooperación por parte de la comunidad, en alguna forma:
a. si b. no
16. El equipo y mobiliario son adecuados:
a. si b. no
- E. Referente a evaluación de la práctica:
17. Encontró el estilo de la ficha adaptable al paciente ambulatorio:
a. si b. no

18. Hubo discusión de casos interesantes o casos problema a nivel general:

a. si b. no

19. Hubiese querido tener más tiempo de práctica hospitalaria en lugar de esta práctica (si aún no ha tenido práctica hospitalaria, absténgase de contestar)

a. si b. no

20. Se siente satisfecho de su participación en estas clínicas:

a. si b. no

Por otra parte se trató de establecer el alcance social y/o asistencial de esta actividad, con respecto a los objetivos relacionados directamente con la comunidad, y que se limitó a personas adultas residentes sólo en la colonia Centroamérica, ya que a. fue la primera clínica fundada, b. la única que lleva 3 años en funciones, c. sus habitantes reúnen condiciones socioeconómicas similares.

La muestra, también tomada al azar, no reparó en sexo de la persona entrevistada, y se fijó en 100 personas atendidas en esta clínica desde su fundación. Se les entrevistó directamente, y se pidieron sugerencias para establecer recomendaciones en relación al servicio asistencial prestado.

También se revisó el archivo de la clínica para obtener el número de pacientes atendidos, ya fuera por primera consulta o reconsulta, su distribución por edad y sexo.

La entrevista tocó estos aspectos:

**ENTREVISTA A PERSONAS ATENDIDAS EN LA CLINICA
MEDICA FAMILIAR DE LA COLONIA CENTRO AMERICA,
MUESTRA SACADA AL AZAR**

1. Sexo:

F M

2. edad;

3. ocupación:

4. Ha regresado:

si no

5. Como le parece el servicio médico:

bueno aceptable malo

6. El tiempo para ser atendido:

rapido normal lento

7. Sugerencias:

III - c RESULTADOS

1. Relativos a los estudiantes:

A. Las preguntas formuladas sobre las justificaciones de las actividades de Ciencias Clínicas II, fueron respondidas así:

1. Los conocimientos obtenidos en la práctica fueron:

a. suficientes	10	5.64o/o
b. medianos	108	61.03o/o
c. escasos	59	33.33o/o

2. La cantidad de experiencias, en número de pacientes, fue:

a. considerable	18	10.16o/o
b. moderada	104	58.85o/o
c. escasa	55	30.99o/o

3. El tiempo que duró la práctica fue:

a. excesivo	14	7.94o/o
b. suficiente	68	38.42o/o
c. poco	95	53.64o/o

4. Considera que la práctica médica con pacientes ambulatorio es más cercana a la práctica como profesional que el trabajo hospitalario:

a. si	82	46.33o/o
b. no	95	53.67o/o

5. La práctica tuvo enfoque científico:

a. si	67	37.85o/o
b. no	110	62.15o/o

6. Según lo anterior en que lugar curricular debería ser:

a. antes	31	17.52o/o
b. en el que tiene	87	49.15o/o
c. después	59	33.33o/o

B. Sobre la clínica familiar de la colonia Centroamérica, con relación a descripción y proyecciones, contestaron:

7. Encontró experiencia administrativa:

a. si	85	48.12o/o
b. no	92	51.88o/o

8. Fue adecuada y suficiente esta experiencia:

a. si	26	14.88o/o
b. tal vez	60	33.89o/o
c. no	91	51.23o/o

9. Qué papel sobre aspecto preventivo cree que desempeñó

a. bastante	14	7.90o/o
b. poco	123	69.59o/o
c. ninguno	40	22.51o/o

Y considera que fue:

a. adecuado	69	38.98o/o
b. inadecuado	108	61.02o/o

10. Había proyección psicosocial en sus actividades:

a. si	108	61.02o/o
b. no	69	38.98o/o

C. En relación a los objetivos, las respuestas:

11. Considera haber adquirido habilidades y actitudes positivas para con los demás pacientes después de esta práctica:

a. suficientes	36	20.33o/o
b. pocas	132	74.57o/o
c. ninguna	9	5.10o/o

12. Cree tener un concepto social de la medicina:

a. si	119	67.23o/o
b. no	58	32.77o/o

D. En cuanto a recursos:

13. Como considera la actitud de los profesores hacia los estudiantes:

a. buenos	58	32.85o/o
b. aceptables	100	56.49o/o
c. malos	19	10.65o/o

14. Contó con consulta especializada durante su práctica

a. siempre	24	13.57o/o
b. ocasionalmente	91	51.41o/o
c. nunca	62	35.02o/o

15. Notó cooperación por parte de la comunidad, en alguna forma:

a. si	100	56.49o/o
b. no	77	43.51o/o

16. El equipo y mobiliario son adecuados:

a. si	63	35.65o/o
b. no	114	64.45o/o

E. Referente a evaluación de la práctica:

17. Encontró el estilo de la ficha adaptable al paciente ambulatorio:

a. si	32	17.51o/o
b. no	145	82.49o/o

18. Hubo discusión de casos interesantes o casos problema a nivel general:

a. si	84	47.44o/o
b. no	93	52.56o/o

19. Hubiese querido tener más tiempo de práctica hospitalaria en lugar de esta práctica (se abstuvieron de contestar quienes no han iniciado esta última)

a. si	78	44.05o/o
b. no	23	12.90o/o
c. no contestadas	76	43.05o/o

20. Se siente satisfecho de su participación en estas clínicas:

a. si	60	33.90o/o
b. no	117	66.10o/o

2. Relativos a la comunidad:

La investigación del aspecto asistencial en esta clínica, aportó los siguientes datos, a partir del mes de julio de 1970 al mes de junio de 1973.

Primeras consultas	3432
Reconsultas	6899

Total 10331

lo que promediado hace un total de 3443.73 pacientes por año, 286.97 al mes, o sea 9.56 pacientes por día.

Se hace notar que no fue posible determinar las reconsultas por cada año en particular, debido a lo deficiente del archivo al inicio de esta actividad, hasta aproximadamente el mes de febrero de 1972.

Las primeras consultas atendidas por año fueron:

Primer año	1544
Segundo año	1134
Tercer año	754

A su vez se determinó que el sexo y edad estuvo distribuido así:

Femenino	58.33o/o
Masculino	41.67o/o
0-17 años	72.22o/o
18-87 años	27.78o/o

Con relación a la entrevista realizada con cien pacientes mayores de edad, en muestra al azar se obtuvo que: fueron entrevistados el 66o/o del sexo femenino, y sus edades se distribuyeron así:

18-27	34
28-37	20
38-47	12
48-57	8
58-67	10
68-77	12
78-87	4
	100

La ocupación de los entrevistados es:

amas de casa	42
domésticas	16
estudiantes	10
oficinistas	6
tenderas	4
modistas	5
mecánicos	6
choferes	5
enfermera	1
laboratorista de suelos	1
contadores	4

de ellos el 88o/o habían regresado a reconsulta, el 10o/o no habían tenido necesidad de regresar y el 2o/o no quisieron hacerlo por la mala atención o trato previos.

Con relación al servicio médico prestado fue calificado:

bueno	54
aceptable	34
malo	12

El tiempo para ser atendidos fue:

rápido	12
normal	50
lento	38

Las sugerencias recabadas fueron:

1. Aumentar el número de médicos graduados, que así ejercerán mejor control de los estudiantes.
2. Mejorar el equipo y el laboratorio, así como evitar el referir a otros centros asistenciales, haciendo un tratamiento precoz al tener rápido los resultados.

3. Tomando en cuenta que no hay medicamentos, para administrarlos en un momento oportuno, procurar algunos de ellos.
4. Por su parte el horario es rígido, no permitiendo ver mayor número de pacientes por día, así como cuidar de no dar trato preferencial y tener más cortesía para con los pacientes.
5. Se habló de la entrevista diciendo que es muy tediosa y monótona, por la gran cantidad de preguntas formuladas.
6. Por último varias personas manifestaron que debe hacerse hincapié en la visita domiciliaria y más enfoque preventivo y psicosocial, por medio de pláticas de grupos.

Las sugerencias se trató en lo posible de agruparlas tomando en cuenta rasgos comunes y en especial la opinión de cada persona en particular. Se notó que el 36o/o se abstuvo de sugerir, aduciendo que el servicio era adecuado actualmente.

IV - DISCUSION Y CONCLUSIONES

IV - a DISCUSION Y CONCLUSIONES

A. Relativas a los estudiantes:

1. Sobre las justificaciones del programa:

Los conocimientos adquiridos fueron mediados, ^utalvez debido a que la práctica duró poco tiempo y no se vió mas que una moderada cantidad de pacientes, así como poco enfoque científico; factores que deberán ser mejorados, ya que la mayoría de estudiantes opinan que el lugar curricular que esta práctica tiene, es el que debe mantener.

2. Sobre descripción y proyecciones de la práctica en las Clínicas Médicas Familiares:

Notamos que la opinión mayoritaria afirma no haber encontrado experiencias administrativas y que la poca que existe, es inadecuada e insuficiente; así como el aspecto preventivo que, en general fue escaso e inadecuado también, aunque se dijo que si existe una proyección psicosocial.

3. Sobre los objetivos:

Tomamos en cuenta los 3 párrafos que el programa comprende y encontramos que si se logró formar un concepto social de la medicina en la mayoría de estudiantes; pero la iniciación en aspectos administrativos y preventivos fue escasa, así como hubo poca adquisición de habilidades y actitudes positivas para aplicarlas posteriormente.

4. Sobre los recursos:

Es fácil concluir en que la relación profesor-alumno fue buena o aceptable, en la inmensa mayoría de casos, lo

2. Se notó que las personas que, por primera vez, llegaron a solicitar atención médica fue bajando año con año, extremo que no se pudo comprobar con las reconsultas.
3. Se observa, que al igual que otros informes, de clínicas similares, la mayoría de la población atendida son niños y menores de 18 años (72.22o/o) y con mayor frecuencia del sexo femenino.
4. Más de la mitad de personas entrevistadas estaban comprendidas en la edad productiva, siendo la mayoría de ellas del sexo femenino; y dedicadas a los oficios caseros, se comprobó que regresaron a requerir estos servicios, atendiendo a que el servicio médico brindado es bueno o aceptable en la mayoría de los casos y que el tiempo para que sean atendidos es un lapso aceptable.

No creo necesario transferir las sugerencias que en general hablan por sí solas y en muchas de ellas podemos notar que tildan los mismos factores en relación a recursos que los estudiantes marcaron ya.

IV - b RECOMENDACIONES

1. Dar enfoque científico a la práctica en estas clínicas.
2. Aumentar el tiempo de duración.
3. Encauzar y mejorar el aspecto administrativo de la práctica.
4. Dar énfasis al aspecto preventivo iniciando pláticas a nivel de grupos comunitarios y visita domiciliaria.
5. Recalcar antes de iniciar la práctica, la forma en que se pretende se adquieran habilidades y actitudes positivas.
6. Buscar una variante, más simplificada de la ficha médica, que se adapte fácilmente a la consulta externa.
7. Que la forma de evaluar la práctica sea más dinámica y que las sesiones sean más frecuentes.
8. Que la relación profesor-estudiante sea más directa, teniendo menor número de estudiantes por profesor.
9. Uso de la menor cantidad posible de exámenes de laboratorio.
10. Dotar de medicamentos de urgencia a las clínicas.
11. Atender a todos los pacientes que soliciten el servicio médico cada día.
12. Tratar de llenar la mayor cantidad posible de programas del modelo propuesto en esta tesis.
13. Tratar de obtener participación de otras escuelas facultativas para que éstos se lleven a cabo.

I- APENDICE

V-a RESUMEN

Se hace en este trabajo una serie de consideraciones sobre la motivación probable para el cambio operado en la Facultad de Ciencias Médicas y un aspecto de este, las Clínicas Familiares, con énfasis en la de la Colonia Centro América. Se procedió a trazar, según el criterio del autor, un plan ideal de clínica familiar.

Posteriormente se evaluaron los resultados obtenidos con el proyecto descrito por la Fase II en 1969. La evaluación se hizo con estudiantes y personas atendidas por ellos en estas clínicas, por medio de entrevistas directas, tabulación y análisis de los datos. Se comprobó que había una aceptación positiva en la generalidad de los entrevistados, aunque al final, la mayoría de estudiantes, no quedaron satisfechos con haber participado.


Se obtuvieron respuestas, en general negativas, sobre el enfoque científico, la manera de estudiar a los pacientes y el sistema de evaluación a los estudiantes.

Por último se marcaron recomendaciones de orden práctico y aplicables, con buena voluntad, a corto plazo.

V - b BIBLIOGRAFIA

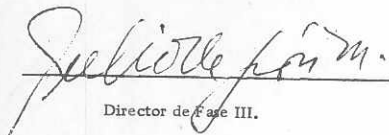
1. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Congreso de Reestructuración de la educación médica en Guatemala. Temas 1-4. 1972. /s.p.c/ (mimeografiado).
2. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Fase III. s.f. 10p (mimeografiado).
3. Guatemala. Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Programa de actividades de Ciencias Clínicas II del segundo semestre de julio a octubre de 1970. 9p. (mimeografiado).
4. Luna Azurdia, Ronaldo. El porqué del cambio en la Facultad de Ciencias Médicas y en qué consiste. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1969. 22p. (mimeografiado).
5. Wladheim, Carlos. Proyecto sobre Ejercicio Profesional Supervisado. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1971. 19p. (mimeografiado).

Vo. Bo. Ruth D. de Amaya
Bibliotecaria


BR. Rodrigo de Jesus de León Ovalle



Asesor.
Dr. Roberto Eliseo Akú Ajín


Revisor.
Dr. Julio Antonio Ponce Valdés


Director de Fase III.


Secretario.

Vo. Bo.


Decano.

