

Artículo especial

Investigación en Medicina Familiar: un esfuerzo necesario

Family Medicine Research: a necessary effort *Pesquisa em Medicina de Família : um esforço necessário*

Graziela Moreto,* Marcelo R. Levites,** Pablo González-Blasco***

Motivación vital: el motor del investigador

La motivación es el motor del investigador. Y según sea el “motor”, así será la investigación realizada, no solo las conclusiones, sino el mismo proceso, que por componerse de vivencias y de fragmentos de biografía, puede ser más importante que los resultados. La motivación que impulsa al médico familiar a investigar tiene, pues, una enorme carga personal y se convierte en una “motivación vital”.¹

La necesaria revisión bibliográfica con que se inicia toda investigación, no debe confundirse con la motivación. Documentar con las publicaciones adecuadas el estado de determinado asunto, delimitar la cuestión que se quiere investigar, elaborar las preguntas tras las que se buscarán respuestas, es conformar el protocolo necesario en cualquier investigación seria; requisito necesario, pero no suficiente para investigar en Medicina Familiar. La motivación es fuerza vital, interior, que se exterioriza después en el esfuerzo científico, es decir, que no basta zambullirse en las referencias bibliográficas sobre un tema para templar el “motor” del investigador.

En el caso del médico familiar, son los desafíos diarios, clínicos y docentes, los que se transforman en preguntas que claman por respuestas y cuajan en la investigación. Aclarar la trayectoria de vida es esencial para justificar la investigación y el esfuerzo que lleva consigo.

Trayectoria biográfica. Fueron los tiempos universitarios, de recuerdos inolvidables, vividos con pacientes y profesores, los primeros pasos de lo que, con el tiempo se convirtió en trabajo docente e investigativo. Necesario es recordar el entusiasmo que nos envolvía cuando ingresamos en la facultad de medicina, teniendo claro el ideal de ayudar a las personas siendo médicos, conociendo al ser humano necesitado de ayuda.

Transcurrieron más de 20 años desde aquella clase en la que el profesor nos desafió con la filosofía de Descartes, y nos pasamos varias horas discutiéndola; y los libros y películas que nos sugería ver, para después comentarlas en grupo. Sí, queríamos ser médicos pero intuíamos que “solamente estudiando medicina” no

conseguiríamos alcanzar la excelencia que nos proponíamos.

Los clásicos de la literatura, las producciones cinematográficas, el asistir a una ópera, se mezclaban con el cuidado atento que el profesor nos dispensaba en nuestras “crisis” de estudiante cuando, por ejemplo, moría alguno de nuestros pacientes. Aprender, en la práctica, que para ser un buen médico y poder cuidar de los pacientes y de la familia hasta el final de la vida, son necesarias habilidades, postura, actitudes que sobrepasan el conocimiento técnico que nos ofrecían en la universidad.

Con el tiempo supimos que ese conjunto de destrezas es lo que se entiende por arte médica, un conocimiento que va mucho más lejos que el dominio técnico de la enfermedad, que implica conocer a la persona que la padece, pues cada enfermo la vive de manera única y personalizada. Nos iniciábamos en la práctica de una medicina integral, personalizada, aquella que en el decir de Pellegrino, uno de los grandes maestros en medicina humanística, es “la más científica de las humanidades y la más humana de las ciencias”.²

Aquel grupo de estudiantes, que cada año aumentaba con colegas de otras facultades, estaba vinculado intelectualmente a la Sobramfa-Educação Médica e Humanismo,³ una institución fundada en 1992 para promover la formación humanística de los médicos y el desarrollo de la Medicina Familiar en Brasil.^{4,5} En ese ambiente, nació nuestra primera publicación como estudiantes,⁶ que con el tiempo dio lugar a las primeras

*Doctor en Medicina, Universidad de São Paulo; directora internacional, Sobramfa-Educación Médica y Humanismo, São Paulo, Brasil. **Doctor en Medicina, Universidad de São Paulo; director de Formación, Sobramfa. ***Doctor en Medicina; director científico, Sobramfa.

Correspondencia
Pablo González-Blasco
pablogb@sobramfa.com.br

Este artículo debe citarse: Moreto G, Levites MR, González-Blasco P. Investigación en Medicina Familiar: un esfuerzo necesario. Aten Fam. 2015;22(4):118-120.

publicaciones internacionales.⁷ Entendimos que no bastaba aprovechar y disfrutar con la formación que recibíamos sino que teníamos la obligación de compartirla con muchos otros, de hacerla pública, esto es, de divulgar nuestras experiencias.^{8,9}

Siendo todavía estudiantes, nos implicamos en las actividades de Sobramfa como una actividad que llegaba a ser un currículo de formación paralelo al que teníamos en la universidad; tuvimos la oportunidad de acompañar al profesor cuando atendía a sus pacientes y, con el pasar del tiempo, este modelo de aprendizaje -análogo a las antiguas enseñanzas de oficio, en las que el aprendiz se instrúa al lado del maestro- se cristalizó en una metodología que, actualmente, Sobramfa utiliza con destreza para formar a residentes y jóvenes médicos.¹⁰

Al mismo tiempo tuvimos una colaboración activa en la organización de congresos anuales, reuniones mensuales de discusión clínica conducidas por estudiantes, así como participación en congresos internacionales de profesores de Medicina de Familia (stfm.org), y ambulatorios para pacientes carentes de recursos, en los cuales los estudiantes más veteranos enseñaban a los más jóvenes, bajo supervisión; en fin, una serie variada y provechosa de actividades académicas con estudiantes provenientes de varias facultades de medicina brasileñas.¹¹

Finalizada la formación universitaria y actuando como médicos y profesores de Sobramfa en los últimos quince años, la trayectoria biográfica desembocó en la investigación que busca respuestas a los desafíos clínicos y docentes que surgen enfrentando los ideales acumulados en estos años.

Investigación y certificación académica.

Aunque las líneas de investigación sean diferentes en su desarrollo metodológico, tienen -semejante a lo que hasta ahora se ha descrito- raíces comunes; y son raíces que se alimentan del ámbito cotidiano del médico familiar. ¿Cómo forjar un médico de referencia para el enfermo; un médico “de cabecera” a quien se le pueda consultar cualquier problema de

salud, que sepa acoger y entender al enfermo porque le conoce como persona? Es decir, ¿cómo formar un buen médico familiar?

Frente a estas preguntas, sencillas y esenciales, surgen los dos temas que originan la investigación, por un lado, la reacción del médico, especialmente del joven residente, que entendiendo ese papel de consultor en salud como algo muy complicado, se asusta con las amplias posibilidades que el paciente le puede solicitar, ¿cómo es posible estar atento a todas las cuestiones que el paciente nos formule?, ¿cómo puedo saber de todo? En otras palabras, ¿cómo sentirse tranquilo ante la incertidumbre de estas posibilidades clínicas? Estudiar el perfil de los residentes y relacionarlo con la edad, especialidad y género ayuda a entender cómo navegan -o naufragan- los jóvenes profesionales por los mares de la incertidumbre.

La otra línea de investigación tiene al enfermo como referencia, ¿cómo debe ser la formación del médico para que responda efectivamente a las expectativas de los pacientes? Es decir, ¿cómo formar un médico que de hecho consiga entender al paciente, en todas sus dimensiones, un médico empático? El estudio de la empatía en el medio académico revela su estrecha relación con un mejor desempeño clínico (tanto en el diagnóstico como en la adhesión al tratamiento), con una mayor satisfacción de los pacientes y del propio médico.

Para caracterizar el perfil de los médicos residentes en sus percepciones y actitudes frente a la diversas situaciones clínicas que generan incertidumbre, utilizamos un estudio descriptivo, comparativo y transversal. El estudio fue desarrollado en 2013, con una muestra no aleatoria de 90 residentes de un hospital universitario, usando la escala *Physician's Reactions to Uncertainty* (PRU) después de una traducción transcultural, evaluando a los residentes de acuerdo con el género, la especialidad, y la edad. Los resultados revelaron algo que intuitivamente sabíamos, pero que con una demostración formal exige mayor atención y el pensar en intervenciones

docentes: los más jóvenes y con menos tiempo de práctica, reaccionan peor delante de las situaciones de incertidumbre.¹²

Hay que entender que la tecnología es seductora y los jóvenes esperan todas las respuestas de estos recursos modernos. El cúmulo de posibilidades técnicas -que también les llegan por las solicitudes del paciente, que está más informado que nunca- más que ayudar, dificulta; el miedo a equivocarse delante del amplio panorama de posibilidades le desgasta, los muchos árboles le impiden ver el bosque.

La intervención concreta que se puede proponer es que actúen junto a profesores con mayor experiencia e introducirlos en escenarios de formación humanística. Es la postura del médico y el abordaje antropológico lo que ayuda a navegar en las aguas de la incertidumbre y a tratar los dilemas del ser humano, así como a no abstraernos en una indigestión tecnológica.

Para evaluar la modificación de la empatía en estudiantes de medicina según su graduación realizamos un estudio con 296 alumnos de una facultad privada en la ciudad de São Paulo, Brasil, dividiéndolos en grupos de acuerdo con el año de graduación: grupo básico (para 1° y 2°), grupo clínico (3° y 4°) y grupo de rotaciones clínicas (5° y 6°). Aplicamos simultáneamente dos escalas (escala de *Jefferson*-JSPE- versión de estudiantes y la de *EMRI-Davis*), y realizamos un análisis comparativo entre la puntuación conseguida en ambas. Con la JSPE no hubo diferencia significativa de cambios en el nivel de empatía entre los primeros y los últimos años de la facultad, sin embargo, los resultados de EMRI apuntan a una disminución en el grupo de alumnos de los últimos años (rotaciones clínicas) cuando se evalúa el componente afectivo; es decir, los resultados muestran que la empatía cambia y que la dimensión afectiva es la más perjudicada durante los últimos años. Identificar esta erosión sugiere que la dimensión afectiva de la empatía, debe ser contemplada. Una consecuencia práctica de esta conclusión es la atención que debe merecer la educación de las emociones del estudiante.¹³

Consecuencias y perspectivas. En ambas líneas de investigación la sentencia antes citada de Pellegrino sobre la naturaleza de la medicina asume proporciones palpables. El médico familiar debe conocer no solo la enfermedad, sino antes y principalmente, a la persona que está enferma. Cuando nos encontramos con las historias de vida de nuestros pacientes y palpamos su sufrimiento, es cuando surge el miedo a involucrarse emocionalmente y la incertidumbre de que no sabremos qué hacer con tanta y tan variada información.

La erosión de la empatía a la que apuntan los resultados de la investigación, manifiesta claramente que es difícil prevenirla cuando no se tienen en cuenta las emociones de los estudiantes. Las personas, afortunadamente, sienten y se compadecen delante del sufrir ajeno. Si no se toman en cuenta estos sentimientos en el ámbito académico -quizá porque no se tiene claro cómo hacerlo- la reacción de “desamparo” desemboca en inseguridad, el miedo a equivocarse paraliza y la incertidumbre asume el gobierno del joven médico, mientras la calidad de la asistencia disminuye. Es necesario encontrar caminos para trabajar las emociones que surgen al contacto con el enfermo desde los primeros momentos de la formación médica, de lo contrario, el estudiante buscará amparo en las soluciones técnicas, un falso consuelo que no satisface y que genera distanciamiento del enfermo y, a la larga, un comportamiento que carece de humanismo y de ética.¹⁴ De ahí, que no sea extraño que algunos médicos sientan disgusto al ejercer su profesión y una inseguridad permanente que los lleva a tratar mal al enfermo.

Ejercitar la auto reflexión crítica a partir del encuentro con el paciente y conociendo las propias emociones es un requisito imprescindible para comprender los sentimientos del otro, un verdadero indicador de habilidad empática.¹⁵ El verdadero impacto educativo no se agota en las emociones *in natura* sino que exige un proceso de reflexión sobre las mismas, con la colaboración de profesores que, a modo de “enzimas” ayuden a

catalizar las reacciones emocionales para que cristalicen en vivencias y en actitudes éticas.¹⁶ Así, el profesor debe estar atento a los momentos cruciales en los que emergen las emociones a fin de utilizarlas como una oportunidad formativa. Para esto, tendrá que proporcionar un ambiente adecuado en el cual el estudiante pueda exponer sus angustias, miedos y fragilidades; permitir que comparta sus sentimientos para poder trabajarlos y conducirlos a la madurez afectiva que es capaz de desarrollar en los médicos una actitud empática perdurable.

El modelo del profesor en ese proceso educativo es esencial, tanto para el desarrollo de la empatía como para obtener mejores respuestas a la incertidumbre,¹⁷ es el profesor el que “contagia” al alumno, con sus actitudes impregnadas de ética al demostrarlas en su práctica clínica diaria.¹⁸ Cuando se tienen relaciones empáticas con los profesores, los estudiantes también sabrán practicarlas con los enfermos, y la confianza que de aquí se deduce, facilita el manejo de las situaciones complejas que generan incertidumbre.

La formación humanista, el profesor como ejemplo: un compromiso y un deber.

El compromiso de relatar lo que vivimos en esta trayectoria, y el deber de transmitir nuestra experiencia a los que vengan después, es una realidad que nos trasciende y esperamos que sea útil. Compartir los conocimientos es una actitud que nos protege de desviaciones y ayuda a conservar la perspectiva de la realidad, como bien advertía Don Quijote a Sancho (recién nombrado gobernador de la Ínsula Barataria) alertándole sobre la importancia de la modestia y del conocimiento propio “algo más difícil de lo que se podría imaginar y quien lo tiene no se hincha ni enloquece, y toma por medio la virtud y no la sangre; pues la sangre se hereda, y la virtud se conquista; y la virtud vale por sí lo que la sangre no puede valer”.¹⁹

Referencias

1. Ortega y Gasset J. La rebelión de las masas. Madrid: Revista de Occidente; 1930.

2. Santiago M. Semblanza de un maestro. El legado moral de Edmund D. Pellegrino. Cuadernos de Bioética. 2014;83(xxv):43-58.
3. Sobramfa-Educación Médica y Humanismo [Internet]; São Paulo, Brasil; Sobramfa. Disponible en: www.sobramfa.com.br
4. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, et al. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation. Acad Med. 2008;83:684-90.
5. Blasco PG, Roncoletta ATF, Moreto G, Benedetto MAC, Levites MR, Janaudis MA. Sobramfa has promote family medicine in Brasil since 1992. Med Educ. 2008;42:113-5.
6. Blasco PG, Levites MR, Albini RR. O Valor dos recursos humanísticos na educação médica-literatura e cinema na formação dos estudantes de medicina. Rev Videtur. [Internet] 1999. Disponible en: <http://sobramfa.com.br/pagina.php?p=artigos&a=31>
7. Blasco PG. Literature and movies for medical students. Fam Med. 2001;33(6):426-42.
8. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching Humanities through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes. Fam Med. 2005;37(1):18-20.
9. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. Fam Med. 2006;38(2):94-6.
10. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. Accompanying physicians in their family practice: a primary care model for medical students' learning in Brazil. Fam Med. 2006;38:619-21.
11. Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Blasco PG. La Medicina Familiar en Brasil: experiencia histórica de Sobramfa. Bol. Mex. His. Fil. Med. 2006; 9(2):64-9.
12. Levites MR. Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento medico. Tesis Doctoral; Facultad de Medicina de la USP; mayo 2015.
13. Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos. Tesis Doctoral [Internet]; Facultad de Medicina de la USP; abril 2015. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>
14. Moreto G, González-Blasco P, Craice-De Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. Aten Fam. 2014;21(3):94-7.
15. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through non-verbal behaviour in medical visits. Mechanisms and outcomes. J Gen Intern Med. 2006;21:28-34.
16. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquín MT. Educar las emociones para promover la formación ética. Persona y Bioética. 2013;17:28-48.
17. Bayne HB. Training medical students in empathic communication. J Spec Group Work. 2011;36:316-29.
18. Borrel-Carrió F, Epstein RM, Alenta HP. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin. 2006;127(9):337-42.
19. Cervantes M. Don Quijote de la Mancha. Obras Completas. Madrid: Aguilar; 1949.