Docencia y aprendizaje de la Bioética en Latinoamérica

Felaibe 2017

Francisco Javier León Correa
(Coordinador)

Copyright:
De cada texto su autor

Edita:
FELAIBE, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, y Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central de Chile.

1ª Edición. Santiago de Chile, 2018.

ISBN:
978-956-393-262-1

Fotografía portada:
Enseñanza en la Cultura Tolteca, Tula, México.
Francisco Javier León Correa

Diseño y diagramación:
Keiko Suzuki Sone

ÍNDICE

Prólogo. **Experiencias docentes y de aprendizaje en Bioética**. Francisco Javier León Correa ---------- **5**

PARTE 1. **EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

1.- **Identificación de la escala de valores en los estudiantes de la Facultad de Medicina Unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila**. Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Mireya del Carmen González Álvarez, Luis Daniel Ramírez Calvillo ---------- **7**

2.- **Identificación de la escala de valores en los estudiantes de la Facultad de Enfermería Unidad Saltillo de la Universidad Autónoma de Coahuila**. Mireya del Carmen González Álvarez, Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Guadalupe Leticia Coronado Valdés, Juan de Dios Jasso García, Jennifer García Guerrero, Humberto Alexandro Gaytán López ------- **15**

3.- **Identificacion del perfil vocacional de medico en los estudiantes de medicina unidad Saltillo de la Universidad Autonoma de Coahuila**. Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Mireya del Carmen González Álvarez ---------- **23**

4. **Identificacion del perfil vocacional de enfermeria de los estudiantes de Facultad de Enfermeria Unidad Saltillo de la Universidad Autonoma de Coahuila**. Mireya del Carmen González Álvarez, Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Guadalupe Leticia Coronado Valdés, Juan de Dios Jasso García ------ **32**

5. **El desaprendizaje como posibilitador de nuevos derechos en salud**. La Rocca Susana, Mainetti María, Atena Laura ---------- **41**

6. **Rondas de sala estructuradas y la regresión moral en los médicos en entrenamiento**. Vivian V. Altiery De Jesús, Vivian A. Altiery De Jesús, Julio A. Altiery De Jesús, Raúl Pérez Torres ---------- **51**

PARTE 2. **EXPERIENCIAS DE DOCENCIA Y FORMACIÓN EN BIOÉTICA**

7.- **Problemas éticos de la educación médica en las instituciones de salud de México**.
Francisco Domingo Vázquez Martínez ---------- **57**

8. **Ética y Legislación Bioquímica en la Universidad Nacional de San Luis (UNSL). Experiencia de diez años de docencia de grado**. María Belén Delsouc, Sandra Vallcaneras, Marilina Casais ---------- **79**

9. **Estrategia educativa en conocimientos de los aspectos bioéticos y jurídicos en el uso de animales de experimentación biomédica en estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila**. Eduardo Guillermo Gómez Rojas, Mireya del Carmen González Álvarez, Francisco Nefthalí Fernández Hernández, Rodrigo Cuevas Buendía --- **89**

10. **Propuesta pedagógica para la formación de profesores de ciencias en bioética y biojuridica**.
Jairo Ricardo Pinilla González ---------- **123**

11. **Bioética no ensino médio: vulnerabilidade dos jovens na discussão da temática do aborto**. Nilza Diniz, Vera Lúcia Bahl de Oliveira, Guilherme Allian1 e Tania Aparecida da Silva Klein ---------- **135**

PARTE 3. **EXPERIENCIAS DE HUMANIZACIÓN EN LA DOCENCIA**

12. **La formación humanística de los médicos generales**.
Beatriz Eugenia Cárdenas Morales, Mª del Carmen Cid Velasco ---- **146**

13. **Humanismo médico para una educación ética y de la afectividad**. Pablo González Blasco, Maria Auxiliadora Craice De Benedetto, Graziela Moreto, Valdir Reginato, Joana L. Tolosa, Jaqueline M. P. da Rocha Ferreira ---------- **159**

HUMANISMO MÉDICO PARA UNA EDUCACIÓN ÉTICA Y DE LA AFECTIVIDAD

Pablo González Blasco, MD, PhD
Maria Auxiliadora Craice De Benedetto, MD, PhD
Graziela Moreto, MD, PhD
Valdir Reginato, MD, PHD
Joana L. Tolosa, MD
Jaqueline M. P. da Rocha Ferreira, MD

Introdução: las humanidades como recurso para la formación integral del estudiante

El presente capítulo gira en torno a presentaciones realizadas pelos autores, los cuales son miembros de la SOBRAMFA – Educación Médica y Humanismo, en dos talleres, siendo uno dedicado a Humanidades Médicas y Bioética y otro dedicado al Cine y Educación Médica, con foco en la enseñanza da Bioética. Ambos ocurrieron en el XI Congreso Latinoamericano y del Caribe, organizado por FELAIBE – Federación Latinoamericana y del Caribe de Bioética en Buenos Aires, de 22 a 24 de junio de 2017. Inicialmente se presentan algunas de las ideas que nortean las actividades clínicas y didácticas desarrolladas en SOBRAMFA, las cuales incluyen reuniones y discusiones clínicas, actividades en aulas y en escenarios de práctica de la Medicina. A continuación, el texto se enfoca propiamente en las presentaciones, cuyo principal objetivo fue mostrar algunas posibilidades de incorporarse las Humanidades Médicas para la promoción de la Educación Médica y la formación Humanística y en Bioética de estudiantes de Medicina y jóvenes médicos.

SOBRAMFA (www.sobramfa.com.br) es una entidad académica fundada en 1992 y con sede en São Paulo, Brasil, cuyo objetivo es promover los principios y valores de la Medicina Familiar como disciplina académica, fomentar la Educación Médica centrada en el paciente, al tiempo que convoca a todos los liderazgos involucrados en educación médica para la reconstrucción de la dimensión humanística de la Medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria. Algunas de las actividades docentes que desarrolla se describen en este texto.

La Inevitabilidad de las Humanidades Médicas

Es incontestable la necesidad de propiciar al estudiante de Medicina una formación integral que sobrepase los aspectos puramente biomédicos y tecnológicos. Para cumplir tal intento, se ha recurrido a la enseñanza de las Humanidades Médicas, cuya incorporación en los currículos de escuelas médicas a lo largo del mundo pasa por un movimiento creciente. Las Humanidades Médicas -las artes en general y la literatura en particular enseñadas y aplicadas en contextos médicos- representan un recurso para un buceo más profundo en esta realidad compleja y paradojal que es la naturaleza humana, permitiendo así un conocimiento desconectado de los postulados teóricos o sistémico.

La incorporación de las humanidades en la educación médica tiene como objetivos educativos primordiales el despertar de actitudes y valores, muchas veces inesperados en los propios estudiantes, que estarán en función de la escala de valores, de la educación y de la madurez que cada uno posea. Los objetivos no se miden tanto por los resultados finales, como por la capacidad de comprensión ampliada sobre el ser humano que el proceso les trae, incluido lo que se denomina resultados latentes.

Las artes y las humanidades, por mejorar la comprensión de la condición humana, son recursos útiles cuando se incorporan al proceso educativo porque ayudan en la construcción de una perspectiva humanista del hacer médico. Existen variados proyectos en educación, que cristalizan en líneas de investigación, y tienen como denominador común el postulado de que las artes ayudan a comprender las emociones humanas, las actitudes del estudiante y, en último término, ayudan al profesor a cuidar correctamente del alumno. Concretamente, en el campo de la educación médica, los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro[1,2], poesía[3] y ópera[4] componen parte del mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa. El uso de la literatura, del teatro y de la poesía representa un elemento clásico de la educación humanística de los estudiantes, pues la emoción que despierta el contacto con los modelos variados del ser humano les ayuda a reflexionar. Mejor que describir los celos es, sin duda, representar *Otelo*. Y el remordimiento se hace transparente en *Crimen y Castigo*. Conviene recordar que esos recursos, cuando aplicados en el contexto de la enseñanza y práctica de la Medicina, constituyen las Humanidades Médicas. Además, es importante resaltar que existe un elemento que es subyacente a todos ellos, es decir, la narrativa. En las últimas décadas, un modelo basado en narrativas se está desarrollando y adquirien-

do un importante papel para la educación humanística y ética y el fomento del profesionalismo médico. Se trata de la Medicina basada en Narrativas[5] o *Narrative Medicine*[6], modelo que ahora siempre es recordado cuando se piensa en Humanidades Médicas.

Enseñar a través de la estética -artes y humanidades- estimula la reflexión y facilita el aprendizaje, sin dejar de lado las emociones. Las emociones, que anteceden a los conceptos racionales, tienen un papel esencial cuando se pretende enseñar actitudes y comportamiento. Con acierto coloca esta cuestión un estudioso del tema: "La tarea del educador no es precisamente acabar con el error, porque el error es condición inherente a una naturaleza humana imperfecta. En cambio, sí debe conseguir que brille la verdad y será la luz de la verdad la que consiga disipar las tinieblas del error, la mentira y el equívoco. Un educador 'matando' errores no pasa de ser un dialéctico en inminente riesgo de convertirse en sofista (…) Aristóteles afirmó que sus lecciones de ética eran inútiles en quienes no tuvieran la formación apropiada. Se puede entender algo intelectualmente, pero si afectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro"[7].

En su ensayo sobre la virtud, MacIntyre nos recuerda que en las culturas griega, medieval y renacentista el medio principal de educación moral era contar historias[8]. Esa es la sustitución posible que salva la imposibilidad de que todos los hombres pasen por la amplia gama de experiencias intensas que el ser humano es capaz de atravesar. Las artes que cuentan historias -teatro, literatura, cine, ópera- tendrían esta función de suplir lo que la mayoría no es capaz de vivir personalmente. Y con la experiencia "vivida a través del arte del contador de historias" se puede producir lo que Aristóteles denominaba Catarsis. Una catarsis que, si no puede ser vivida por la experiencia, puede ser facilitada por la historia que nos llega en forma de arte.

Humanidades, Emociones y Ética

Es sabido que la vida afectiva de los estudiantes de Medicina -incluyendo emociones y sentimientos- representa un papel importante en su proceso formativo. Ellos tienen que lidiar no sólo con los propios sentimientos y emociones, sino también con los de sus pacientes. Sin embargo, pocos componentes de la formación médica formal se dirigen a las vidas emocionales de los estudiantes[9]. Aunque la alexitimia -dificultades para reconocer, procesar y regular las emociones[10]- no se promueve en educación médica, se produce, principalmente a través de la influencia del currículo oculto y los estudiantes

son alentados a distanciarse y separar de las emociones[11]. Conviene recordar que, además, los cuestionamientos o dilemas éticos vienen comúnmente envueltos en emociones. Ellos tocan nuestra afectividad, afectándonos y moviendo nuestros sentimientos[12,13].

Las emociones son reacciones afectivas intensas, súbitas y relativamente breves, las cuales se manifiestan exteriormente por reacciones fisiológicas, gestos y/o expresiones faciales o vocales. Son reacciones innatas desencadenadas por factores externos y actualmente son consideradas como procesos de valor adaptativo y señalizadores de ciertos estados interiores. Por su parte, los sentimientos se refieren a nuestro interior y son duraderos, pudiendo ser camuflados y, también, construidos a lo largo del tiempo[14,15].

Los afectos, ya sean emociones o sentimientos, pueden ser perturbadores o edificantes. Algunos sentimientos se originan de emociones repetitivas y tal vez el reconocimiento y la reflexión acerca de nuestras emociones habituales frente a determinadas situaciones represente un recurso capaz de hacernos construir sentimientos elevados que fomenten los deseados comportamientos y actitudes que caracterizan una práctica médica humanizada y ética[12]. En el moderno contexto cultural se puede afirmar que las emociones son la puerta de entrada para el entendimiento del universo en que transita, se mueve y, consecuentemente, se forma al estudiante de Medicina[13].

Educar, por tanto, tendrá que contemplar las emociones -nunca ignorarlas y, sin, aprender a aprovecharlas y a colocarlas en su verdadero lugar, facilitando la catarsis, el libre fluir de las mismas. Compartir emociones, ampararlas en discusiones abiertas, abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual prácticamente impone. En el moderno contexto cultural se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que las emociones son como la puerta de entrada para entender el universo donde el alumno transita, se mueve, y consecuentemente se forma.

La ayuda que los clásicos nos brindan para trabajar las emociones es por demás útil si admitimos que en el universo del estudiante de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación. De hecho, las emociones -propias y ajenas- desempeñan un papel importante en la vida de los estudiantes de Medicina. Estos necesitan lidiar con sus propias reacciones emocionales al estrés físico e intelectual, con las situaciones clínicas y existenciales difíciles que testimonian o de las cuales participan, y con los sentimientos, a veces intensos, experimentados por los pacientes y sus familiares[9]. El hecho de que todos los involucrados en el cuidado de la salud -pacientes, médicos, familiares, demás profesionales de la salud, estudiantes y

residentes- vivencian una gama de emociones muchas veces opresivas influye en las interacciones y los resultados clínicos y la satisfacción profesional.

Comprender el universo cultural del estudiante es condición necesaria para la buena marcha de cualquier proyecto educacional. Esto es lo que Ortega quería decir cuando advertía que no bastaba saber lo que se dice, sino a quien se está diciendo. Y por eso, al tratar de la Universidad la definía como "la proyección institucional del estudiante". Es decir; lo que a final de cuentas importa no es lo que el profesor enseña, o un saber abstracto, sino lo que realmente se puede enseñar y lo que el estudiante es capaz de aprender[16].

Sabemos, como fruto de la experiencia, que muchas de las cosas importantes de la vida no se transmiten por argumentación sino a través de un proceso diferente, afectivo, que tiene que ver más con el afecto-amor que se emplee en educar, que con razonamientos especulativos. Partiendo de esta experiencia, Ruiz Retegui[17], en su ensayo sobre la belleza, comenta que educar a través de la estética no es pretender anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que se pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar técnica, incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se pueden adquirir virtudes, modificar actitudes, sin reflexión. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirve la estética, y las emociones que la acompañan. Se trata de establecer un punto de partida, como una pista desde la que se pueda despegar para un aprendizaje más profundo. Empezar por lo que es bonito y estéticamente bello, lo que "nos afecta la emoción" (de ahí la palabra afectividad, lo que me afecta), para después zambullirse en la construcción de valores que además de bonitos sean verdaderos.

Contemplar este panorama desde una perspectiva educativa se traduce en una serie de advertencias. La primera es aclarar que la realidad que se nos presenta -saturada de emoción e imagen sensible- no significa que el razonamiento y la comprensión intelectual no sean ya necesarios para la construcción de los conceptos en el aprendizaje. Continúan siendo tan necesarios como siempre fueron, pero ahora más que nunca queda claro que no son suficientes. Todo indica que frecuentemente habrá que pasar primero por las emociones como una puerta de entrada para posteriores construcciones lógicas y especulativas. El umbral de la sintonía con el estudiante parece estar hoy constituido por emoción e imagen, y quien vive acostumbrado a guiarse por el sentimiento -emociones provocadas por imágenes externas o internas- difícilmente aceptará el razonamiento lógico si la emoción no le facilita el camino.

Pero, toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no nos dejará al sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo es posible construir conocimiento sobre la natural oscilación afectiva? Gustave Thibon aborda el tema en un ensayo delicioso sobre el amor humano: "Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse. Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede recriminar a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro, lo absurdo a lo vivo (…) Se es más fiel no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu. Lo verdaderamente espiritual tiene más afinidades con lo sensible que con lo intelectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo"[18].

Este horizonte que se descortina frente al educador requiere del maestro flexibilidad, observación, un continuo repensar su postura y su actuación, que se reflejará en las metodologías educativa empleadas. Porque un educador trabaja con personas, y no sólo con ideas. No se puede partir únicamente de las ideas a priori, sino que es necesario adaptarse a las reacciones que las ideas provocan en el interlocutor. Hay que educar, pues, al compás de la flexibilidad. Un nuevo desafío que tendrá de ser afrontado si se pretende realmente educar. "Si la nueva generación -comenta Ferrés- no consigue convertir las imágenes en pensamiento, es porque el educador no supo primero convertir el pensamiento en imagen"[19]. Hay, pues, que respetar el ritmo fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo -y la reflexión sobre lo que se siente, lo que se gusta, en fin, sobre las emociones- vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que Julián Marías denomina, con sabor clásico, "educación sentimental"[20]. Esta sería la función del educador, un verdadero promotor de la cultura, que despierta el deseo de aprender, contagia el entusiasmo por conocer y consigue que el estudiante coloque lo mejor de sus esfuerzos al servicio de su propia formación.

Ideas tales como éstas han inspirado a los miembros del equipo médico de la SOBRAMFA en sus actividades didácticas dirigidas a estudiantes de Medicina y jóvenes médicos, tanto en escenarios clínicos como en aulas, según se ha explicitado en las presentaciones siguientes.

Presentaciones del Taller Humanidades Médicas e Bioética

1. Reflexiones sobre la Vocación Médica: ¿El Humanismo es un requisito o un aprendizaje posible? El papel de las Humanidades en la educación médica

Vocación médica y personalidad médica

Es común observar entre los médicos hoy en día, una razonable formación técnica que conviviendo con una postura humanística deficiente decanta en insuficiencia ética y en falta de profesionalismo. La formación ética de médicos y estudiantes de Medicina está intrínsecamente relacionada con la dimensión humanística de la educación médica. Vivimos en una era donde los resultados, directrices y ensayos clínicos están a la vanguardia de la formación médica. Sin embargo, la complejidad viene principalmente de los pacientes, no de las enfermedades. Mientras que el conocimiento técnico ayuda en la solución de problemas basados en la enfermedad, el paciente afectado por estas enfermedades sigue siendo un verdadero desafío para el médico en ejercicio. Cuidar implica tener una comprensión del ser humano.

Promover las actitudes éticas supone más que ofrecer conceptos teóricos, reglas de conducta o entrenar las reacciones; implica suscitar la reflexión -hacer pensar, verdadero núcleo del proceso que humaniza- para facilitar al joven profesional el descubrimiento de sí mismo, permitiéndole extraer de su interior un compromiso vocacional perdurable. Enseñar ética y promover el humanismo requiere soluciones innovadoras teniendo en cuenta que la enseñanza teórica se muestra insuficiente.

Ciertamente, la efectividad de estas soluciones innovadoras dependerá de muchas variables. Una de ellas se refiere a las características de cada alumno, único y especial, que el educador tiene ante sí y cuya formación representa un desafío constante. Al igual que ocurrió en la Medicina, en que el método centrado en el paciente, y no en la enfermedad, ha sido responsable por un cuidado integral capaz de posibilitar la conciliación de aspectos técnicos y humanísticos, en Educación Médica, la idea de una educación centrada en el alumno -en que sus emociones y sentimientos también sean contemplados- comienza a configurarse[12,13]. Por lo tanto, es necesario buscar identificar las características personales y los valores que el estudiante trae consigo al entrar en la escuela médica, lo que nos remite al tema vocación médica.

Es teoría aceptada por los historiadores que el origen de la vocación mé-

dica está basado en las características de la personalidad. Una personalidad que sostiene la actitud humanitaria, propia de quien cuida con dedicación del sufrimiento ajeno. La personalidad del médico fue forjada a lo largo del tiempo con moldes humanísticos. De todas las ciencias conocidas, incluyendo la Matemática y la Física, la Medicina es la más afín de la ética de Sócrates, pues el médico debe ser un filósofo, conocedor del alma humana . Dentro del contexto de la sociedad de la época, este individuo debería estar dotado de un perfil restringido a pocos, en la cual el acceso a la cultura estaba reservado a una élite. Debería también presentar capacidad de confrontarse diariamente con el sufrimiento humano, manteniendo una actitud compasiva, altruista y empática. Todos estos atributos no deberían encontrar un gran número de aspirantes al cargo, es decir: ser médico.

De la personalidad, se pasa a la transmisión del conocimiento. Quien tiene aptitud para cuidar, debe aprender a hacerlo de modo competente. Las escuelas griegas de Cnido y de Kos no eran propiamente centros de educación, sino lugares de tratamiento de pacientes: se educaba mientras se practicaba la medicina. La convivencia diaria del aprendiz con el maestro permitía a este último evaluar las características personales del futuro médico, no sólo en lo relativo al conocimiento, sino sobre todo en la dimensión humana del candidato.

Históricamente, siguiendo una tradición de la enseñanza según en el modelo maestro-discípulo, la evaluación de la personalidad siempre se destacó en el proceso de selección de los futuros médicos. Con la llegada de las universidades y, en consecuencia, el desarrollo del conocimiento se añadió a la personalidad evaluar la capacidad de aprender y las habilidades propias de la técnica médica, cada vez más científica y en constante progreso. El modelo cartesiano, reforzado por el progreso técnico, dio prioridad a los conocimientos científicos necesarios para desarrollar una práctica médica competente, relegando la personalidad y la formación cultural a un plano más distante, cada vez más difuminado. De este modo, la vocación se convierte en un detalle, dificulta la evaluación de los procesos de selección, donde los candidatos enfrentan fuertes disputas en todo el mundo. En otras palabras, la impresión es que ha sido difícil evaluar aspectos vocacionales en los procesos selectivos usuales[22].

Proceso de selección de futuros médicos

La búsqueda de adecuados criterios de selección es tema de frecuente discusión en el escenario de la Educación Médica. La evaluación del perfil

psicológico y de las características personales se recoge en una interesante revisión bibliográfica[23]. El autor concluye que es importante que el estudiante de Medicina tenga inteligencia y cualidades técnicas para el desempeño de sus atribuciones, pero esto no es suficiente. Las cualidades de personalidad (sensibilidad, empatía, paciencia) se consideran fundamentales en la persona del médico, no sólo para el desempeño profesional, sino para el crecimiento como ser humano. Reconoce que realizar pruebas para la evaluación de cualidades no cognitivas no es fácil, y qué trabajos en este sentido deben ser desarrollados.

La selección implica establecer criterios. Criterios que están vinculados a valores que se encuentran en el candidato, o que éste tenga capacidad de desarrollarlos mediante una formación adecuada. Las dificultades de criterio de selección mediante evaluaciones de características subjetivas como la personalidad, aspectos vocacionales, aptitudes en función de vivencias, y que se multiplican considerando la diversificación de evaluadores, es una realidad y un desafío que hasta el momento no está resuelto.

Es sabido que el nivel intelectual exigido para entrar en una facultad de medicina en cualquier lugar del mundo suele ser de los más altos. Acaban ingresando los que más saben lo que no necesariamente significa los mejores, o los más aptos y con clara vocación para ser médicos. El proceso de deshumanización de la medicina también tiene aquí, en parte, una explicación[22].

Los jóvenes son también fruto de su tiempo, y la ausencia de formación humanística en la cultura en que están inmersos determina una falta de preparación para asimilar esos valores humanos[24]. La duda que aflige al educador médico es si va a ser posible neutralizar esa ausencia de valores durante los años de graduación[25]. Las Humanidades pueden ser una respuesta concreta a esta duda. Cambiar los procesos de selección es un camino lento, arduo, donde interviene múltiples elementos de complicación.

Aunque el proceso de selección y de ingreso de los alumnos en las facultades de medicina ha generado diversos debates e intentos de mejora, es un hecho que el proceso ideal está muy distante de lo que sería deseable llevando en consideración lo aquí comentado. En otras palabras, los profesores tenemos que trabajar con los que nos llegan. Y, aquí, cabe la pregunta que nos ocupa: ¿es posible recuperar en el estudiante la dimensión vocacional -si la tiene- y afianzarla durante la formación para que la mantenga y de ella se nutra?

Empatía

Además de esa imposibilidad en seleccionar a los individuos realmente más orientados a la práctica médica, otra cuestión preocupante para los educadores es la erosión de la empatía que ha sido observada a lo largo de los años de graduación en medicina. La empatía es una de las actitudes humanísticas más estudiadas por representar un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en cuidado eficaz de la persona. Ain así, en lo que se refiere a la empatía, muchas cuestiones permanecen sin respuestas y lo tema demanda profundas reflexiones. ¿Es posible enseñar a ser empático? ¿Es necesario sufrir para comprender el sufrimiento de otro ser humano? El hecho es que estudios recientes demuestran un deterioro que la empatía durante los años de formación[26]. De esa forma, las estrategias educativas deberían estar dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla[27].

El autoconocimiento es esencial para la expresión de los valores fundamentales de la medicina, tales como empatía, compasión y altruismo. Para ser empático, es necesario testimoniar y comprender el sufrimiento del paciente y también comprender las propias reacciones frente al sufrimiento del paciente[28]. El ejercicio de la reflexión crítica a partir del encuentro con el paciente asociado al conocimiento de las propias emociones es un requisito previo para comprender los sentimientos del otro y consecuentemente es un indicador de habilidad empática[29].

Cuidar del enfermo supone conocer la enfermedad y conocer al enfermo, es decir, a la persona que la padece. Esta profundización en relación con el ser humano, asociada a los cuestionamientos éticos que comúnmente se presentan en la práctica médica, resulta en un afloramiento de emociones, que no pueden ser ignoradas. Hay que contemplarlas y utilizarlas porque son un elemento esencial del proceso formativo. Compartir emociones, ampararlas en discusiones abiertas, descubre caminos para una verdadera construcción afectiva y fomenta la empatía que aproxima a las personas (médicos y pacientes). Las emociones, por sí solas, no son suficientes para educar. Es necesaria la habilidad del docente para conseguir que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión y se interiorice. Este proceso es el catalizador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas[12,13].

2. Narrativas en Salud: Un recurso para humanizar la Educación Médica y optimizar la enseñanza de la Bioética

En Busca de Una Ética Narrativa

El paradigma cartesiano-newtoniano que fundamenta la investigación científica desde el siglo XVII se extendió, a partir de la Física clásica, a los diferentes campos del conocimiento, incluyendo la Biología y las Ciencias Sociales y Humanas. El modelo biomecánico resultante de esta visión positivista se fundamenta en la especialización, fragmentación y avances tecnológicos. La metáfora del universo como una gran máquina, un inmenso reloj, cuya totalidad es la suma de las partes, fue la gran baza de ese paradigma. Al adoptarse esta metáfora en relación con los seres vivos, incluyendo los seres humanos, se estableció el modelo biomédico de enseñanza y práctica de la Medicina, el cual predomina en la actualidad. En este, se dejó de contemplar las dimensiones sutiles del ser humano, las cuales, por milenios, fueron consideradas importantes en lo que concierne a la forma como los individuos se enferman y los procesos de curación[30].

Es cierto que este modelo ofrece innumerables ventajas para el cuidado de los pacientes y fue responsable por la disminución o abolición de gran parte del sufrimiento humano resultante de las enfermedades. Pero algo está faltando. Médicos y pacientes no están totalmente satisfechos, tal vez porque la fragmentación del ser humano y el enfoque a la tecnología ha deteriorado el cultivo de una buena relación médico-paciente.

As limitações da aplicação exclusiva deste modelo se notam, por exemplo, nas situações em que a tecnologia não pode mais propiciar soluções. Es el caso de los Cuidados Paliativos, cuya práctica es poblada por situaciones que hacen aflorar emociones y sentimientos, como frustración, derrota y fracaso, con los cuales estudiantes y incluso médicos tienen grandes dificultades en el trato, lo que genera distanciamiento y negación. Además, estas situaciones comúnmente generan dilemas éticos, los cuales acaban siendo exacerbados también por los propios avances tecnológicos.

Similarmente, en la actualidad, limitaciones han sido observadas cuando se practica una bioética enfocada exclusivamente en principios. Los cuatro principios básicos adoptados en Bioética son: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia[31]. Recurrir a esos principios preestablecidos y alineados al modelo biomédico es una actitud comúnmente aceptada para la búsqueda de soluciones en relación con los dilemas éticos que emergen en la enseñanza y práctica de la Medicina. Sin embargo, un enfoque unilateral basado en estos principios no proporciona los recursos adecuados para la

resolución de muchas de las cuestiones y dilemas éticos que emergen en la clínica[12]. Los detalles del contexto y las especificidades representan una parte intrínseca de un cuidado de la salud ético y, aun así, estos permanecen invisibles dentro de un modelo que busca de algún modo un enfoque universal y uniforme[32].

Difícilmente encontraremos en los códigos de Ética Médica una respuesta única, universal y definitiva incluso para cuestiones aparentemente banales que emergen en el día a día de los profesionales y estudiantes de Medicina. ¿Qué decir a aquel graduando de Medicina que se decepcionó cuando su profesor de Semiología permitió que decenas de estudiantes procediesen a la palpación de hígado de un paciente sin demostrar un mínimo de empatía y consideración a un ser humano ja depauperado por la enfermedad? ¿Qué hacer con el paciente diabético considerado difícil por negarse a aceptar la insulinoterapia cuando ésta es indicada? ¿Sería la función del médico presionarlo y, de alguna forma, amedrentarlo en relación con las consecuencias de su actitud o la autonomía del paciente debería ser respetada? Cuando se trata de pacientes fuera de posibilidades terapéuticas, los dilemas sólo se multiplican[12]. Como bien comentaba un paciente terminal al referirse a los médicos que con esfuerzos heroicos buscan prolongar la vida de pacientes gravemente enfermos: ni siempre queda claro si ellos son salvadores o torturadores[33].

Es fácilmente comprensible que, en muchas situaciones particulares, puede existir un conflicto entre principios y juicios. En este caso, ningún principio tiene prioridad. Cada uno tiene que ser especificado y pesado en relación con el contexto particular en que es aplicado e informado por medio de un fondo de teorías de la vida y naturaleza humanas. Así, es necesario un proceso de equilibrio reflexivo para la disminución de conflictos y el intento de unificación de todas las creencias morales y compromisos para la resolución de tales situaciones[31]. Y las narrativas, que permean las Humanidades Médicas en cualquier modalidad y escenario de enseñanza médica en que éstas sean adoptadas, se han mostrado un elemento esencial para la reflexión ética.

En consecuencia, de los puntos ciegos de una ética basada exclusivamente en principios surge la necesidad de una ética alternativa. Bioeticistas teóricos y personas que tratan con dilemas éticos necesitan conversar unos con los otros. Este diálogo resultó en proyectos de bioética narrativa, la cual no está a competir con las formas tradicionales de justificación ética y, sí, tiene la función de enriquecerlas[34].

Las narrativas, el denominador común que atraviesa las humanidades, pueden desempeñar un importante papel en la construcción de una ética que, en su forma ideal, reconoce la primacía de las historias del paciente[35] y al mismo tiempo alienta que múltiples voces sean escuchadas y múltiples historias se traen a la superficie de modo que todos los involucrados con la cuestión puedan colaborar con su resolución[36]. De acuerdo con Brody, en se tratando de narrativa ética, el médico debe trabajar como coautor con el paciente con el propósito de construir una narrativa conjunta de enfermedad y atención, lo que permite la constitución de una ética relacional que va más allá del reconocimiento de la autonomía del paciente[37].

Cada situación moral es única y su significado no puede ser totalmente capturado por medio de principios universales. En cualquier situación de cuidado de la salud, decisiones o cursos de acción están justificados en términos de su adecuación a las historias de los pacientes, las cuales, a su vez, son entendidas y evaluadas con base en el equilibrio reflexivo narrativo[31].

La narrativa colabora para la Ética Médica por medio del contenido de las historias y del análisis de su forma, o sea, cuáles historias son contadas, como se cuentan y porque esto importa[38]. La fuerza de la Ética Narrativa viene del hecho de que ella puede propiciar un vocabulario que permite interpretar y respetar las historias únicas e individuales de las personas, las cuales representan una luz para la toma de decisiones[31].

Con el objetivo de fomentar la buena relación médico-paciente; promover la práctica de la medicina centrada en la persona; la reflexión sobre temas difíciles y dilemas éticos a través del estudio de las Humanidades Médicas y incorporar las Humanidades en escenarios prácticos en los cuales el aprendizaje en aula pueda ser arraigado y fortalecido, SOBRAMFA ha desarrollado experiencias docentes con aplicabilidad en el día a día, en los que el aprendizaje la reflexión sobre temas difíciles y dilemas éticos a través del estudio de las Humanidades Médicas.

Un ejemplo, es la incorporación de un modelo denominado medicina basada en narrativas a la enseñanza de la Medicina, tanto en sala de aula cuanto en escenarios clínicos. La efectiva práctica de la Medicina requiere competencia en narrativa, que significa la habilidad de reconocer, absorber, interpretar y actuar de acuerdo con las historias y dificultades de los pacientes. La lectura atenta y reflexión acerca de obras literarias y la escritura reflexiva forman parte del método6. En otras palabras – es necesario escuchar a los pacientes con atención, compasión y empatía y transformar sus narrativas en recursos terapéuticos.

A adoção deste modelo mostrou-se muito produtiva em ambientes clínicos, especialmente no que se refere aos Cuidados Paliativos[39]. En el taller del XI congreso de FELAIBE, presentamos sucintamente una experiencia didáctica representada por una disciplina electiva conducida por nosotros, la cual fue dirigida a estudiantes de Medicina y Enfermería. Esta disciplina fue objeto de estudio de una tesis de doctorado, cuyos resultados parciales se muestran a continuación[40].

La disciplina electiva fue dirigida a grupos de veinticinco estudiantes de Medicina y Enfermería de los segundo y tercer año, que fueron mezclados para la realización de actividades conjuntas. Se constituyó por actividades semanales durante nueve semanas, con una duración de treinta y seis horas. En la disciplina, se ha promovido la reflexión a partir de tres tipos de narrativas:

• Narrativas de pacientes en Cuidados Paliativos publicados en revistas médicas.

• Entrevistas de pacientes trasplantados cardíacos y sus familiares.

• Una narrativa literaria - La muerte de Iván Ilitch de Tolstoi[41].

La disciplina electiva fue evaluada por medio de métodos cualitativos enfocados en la Fenomenología Hermenéutica e Historia Oral de Vida. Los datos para análisis fueron las narrativas recogidas a partir de tres fuentes:

• Observación Participante - diario de campo[42].

• Entrevistas de parte de los estudiantes - abordaje de la Historia Oral de Vida[43].

• Historias personales presentadas pelos alumnos en una sesión de narrativas que sirvió como evaluación final de la disciplina.

A partir de las narrativas -cuyo análisis se dio por medio de técnicas de inmersión/cristalización- surgieron muchos subtemas, los cuales fueron organizados en los siguientes temas mayores[44], que se ilustran con frases de los estudiantes:

A. De la muerte al renacimiento de la narrativa - un camino para la reflexión

Los estudiantes indicaron que tuvieron pocas oportunidades en la graduación para compartir narrativas. Inspirados por las narrativas que servían de apoyo al curso, surgieron muchas narrativas personales.

Hemos tenido pocas oportunidades como ésta, en la que tenemos la opor-

tunidad de hablar libremente lo que pasa en nuestras mentes y corazones. En el tercer año, con la Semiología, nuestra situación mejoró un poco. Pero, en general, durante la mayor parte del tiempo, o estamos estudiando o escuchando a un profesor leyendo diapositivas en *power point*. El impacto de tener contacto con contenidos que van más allá de las ciencias biológicas duras en mi formación como profesional de la salud es muy positivo.

Las narrativas demostraron ser un importante instrumento para promover la reflexión, como se dijeran algunos estudiantes: "Sin narrativa no hay reflexión, son las narrativas que propician la reflexión".

De las narrativas emergieron dilemas éticos y dudas personales. El compartir de historias permitió la clarificación de muchas de esas cuestiones.

B. Rompiendo el aislamiento para reconocer cuestiones emocionales y sentimientos

Los alumnos se refirieron a una sensación de aislamiento que los afecta tanto en relación con los colegas como con los preceptores y tutores. Se quejaban no tener con quien compartir las cuestiones existenciales, los sufrimientos y los dilemas que comenzaban a configurarse en sus primeros contactos con los pacientes. Durante la actividad didáctica, pudieron hacerlo y, así, sentimientos y percepciones escondidos o enmascarados que, cada uno, tal vez considerándose un punto fuera de la curva, creía ser exclusividad suya, fueron siendo identificados como comunes, gracias a la oportunidad de compartir narrativas personales.

C. Empatía

Las emociones evocan empatía y este fue un tema muy enfocado desde diferentes puntos de vista en las narrativas compartidas en el aula o en las entrevistas. Los estudiantes acordaron que, para una buena práctica, esta actitud humanística debería estar siempre presente. La mayoría de ellos tenía, intuitivamente, el entendimiento que empatía significa mirar más profundamente al paciente y colocarse en su lugar, lo que fue repetido muchas veces en sus palabras.

No basta tratar sólo la enfermedad. Es necesario tener empatía, tratar al paciente como un ser humano. Muchos médicos e incluso algunos enfermeros no actúan de esa manera. Tratar a los demás como les gustaría ser tratados.

La siguiente idea tomó forma: algunas personas son naturalmente más sensibles, empáticas y compasivas y otras son más racionales. Esto se daría por causas multifactoriales. Y que incluso esas personas más racionales po-

drían desarrollar esa mirada compasiva y empática a lo largo del curso de Medicina y Enfermería desde que hubiera un esfuerzo de la voluntad y buenos ejemplos de aquellos que comúnmente sirven de modelo a los jóvenes estudiantes. Y que por los mal ejemplos puede ocurrir lo contrario.

El riesgo de que la simple discusión sobre el tema empatía en clases teóricas no resulte en su incorporación en la práctica fue a menudo recordado.

Algunos profesores escriben y hablan cosas muy bonitas, pero en la práctica parecen olvidarse de todo eso. No consiguen colocarse en el lugar de los pacientes y los tratan como un objeto, una enfermedad. És Se mantiene una dicotomía.

D. Currículo Oculto

¿Será que podemos detectar una de las expresiones del mal, como es el mal banal, fruto del ejercicio de no pensar? (Hanna Arendt)

Para el bien o para el mal, comportamientos y actitudes de profesores, tutores, residentes y veteranos los afectan profundamente, sirviendo de ejemplos o contraejemplos que pueden orientar el establecimiento de prioridades en relación con los temas a ser estudiados y a la forma en que se llevará a cabo la futura vida profesional.

Me sorprendió positivamente en relación con una profesora. Parecía tan rígida y austera y no demostraba sus sentimientos en las clases teóricas. Pero ante los pacientes, se reveló otra persona. Muy cariñosa, comprensiva. Los miraba en los ojos y conversaba con ellos naturalmente, dejándolos muy a gusto. Trató a los pacientes como me gustaría ser tratada por un profesional de la salud. Siempre me acordaré de ella como un gran ejemplo a seguir en mi carrera.

Las conductas inadecuadas repetitivas pueden convertirse en naturales cuando presenciadas constantemente por los estudiantes si éstos no desarrollaren el hábito de reflexionar.

E. De las narrativas a la humanización: fomentando el profesionalismo

El mayor pecado para con nuestros semejantes no es odiarlos, sino ser indiferentes a ellos: esta es la esencia de la deshumanidad. (George Bernard Shaw)

Para los alumnos, un buen profesional de la salud debería ser capaz de aliar experiencia técnica a actitudes humanísticas como compasión, empatía y respeto. Debe tener buenas habilidades de comunicación y capacidad de reflexionar siempre acerca de su profesión y su visión de vida, reconociendo

todo eso que afecta su trabajo. En otras palabras, esta sería una definición de profesionalismo, que no puede construirse sólo a través de la enseñanza de la biomedicina.

Creo que las discusiones en el aula son muy válidas. Sin embargo, estas, muchas veces, se dan en un nivel muy abstracto. No hay conexión con la práctica. Para mí, no hay nada que sustituya una experiencia de vida. Y tener la oportunidad de compartir tal experiencia con los colegas y con quienes tenga más vivencia es fundamental.

Concluyendo, conviene resaltar que los resultados obtenidos en esta experiencia didáctica fueron congruentes con todo el trabajo realizado por los profesores de la SOBRAMFA en el sentido de enseñar Humanidades Médicas, incorporándolas en escenarios prácticos y así promover la humanización de la Educación Médica y optimizar la enseñanza de la Ética.

3. Promoviendo la Educación Medica Centrada en el Paciente para los Estudiantes de Medicina: Una experiencia de dos décadas en Brasil

La Constitución Federal Brasileña, promulgada en 1988, otorgó a todos los ciudadanos brasileños el derecho al libre acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud. Se crea el SUS (Sistema Único de Salud) que supone la consolidación real de un esfuerzo para construir un sistema de salud que pueda responder y atender a las expectativas y necesidades de la población .

Tenemos observado que mientras las políticas de salud adoptan el modelo de Salud para Todos, utilizando la Atención Primaria y la Medicina Familiar como base de articulación, la desproporción se deja notar en la preparación académica de los médicos que deberían protagonizar este cambio de paradigma en la atención y promoción de la salud. El escenario está construido, pero los actores no están capacitados. No se ha priorizado, ni fomentado, la preparación adecuada -no se ha motivado a los alumnos, por decirlo de un modo directo- para la prevención y promoción en salud mediante la atención básica. Al contrario, la formación del médico continúa centrada en la enfermedad y no en el enfermo, ubicada primordialmente en la enseñanza hospitalaria, dirigiéndose a una especialización cada día más dependiente de la tecnología médica Promover la Medicina Centrada en el Paciente, base de la atención primaria, implica construir la identidad de la Medicina de Familia como especialidad y su progresiva inserción universitaria como Disciplina Académica[46,47]. El prestigio de los médicos familiares que enseñen en

las instituciones académicas implicaría tener una postura de hablar de igual para igual con los demás especialistas, en paralelismo de competencias, con conciencia de que poseen un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que también configura sus líneas de investigación. Es necesario, más que nunca, pensar en la educación como norte que nos apunte el rumbo académico. El ejemplo de otros países que han creado Sociedades de Profesores de Medicina de Familia[48] como estrategia de implantación académica nos ofrece un punto de partida para esta reflexión.

El objetivo de la SOBRAMFA, fundada en 1992 como Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y con su actual denominación SOBRAMFA – Educación Médica y Humanismo, es promover los principios y valores de la Medicina Familiar como disciplina académica, fomentar la Educación Médica centrada en el paciente, al tiempo que convoca a todos los liderazgos involucrados en educación médica para la reconstrucción de la dimensión humanística de la Medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria[49,50].

De entre las muchas actividades desarrolladas con estudiantes de medicina, cabe destacar dos principales:

Reuniones de Razonamiento Clínico (RRC)

En actividad desde 1999 (17 años). Son reuniones de periodicidad mensual (8 veces por año) donde un pequeño grupo de estudiantes de una determinada facultad presenta un caso clínico a un público compuesto por estudiantes de medicina de otras facultades. En la ciudad de Sao Paulo, donde SOBRAMFA tiene su domicilio y centra sus actividades, hay 12 facultades de medicina diferentes y 40 en el Estado de São Paulo, algunas próximas de la capital, lo que permite que algunos de sus alumnos frecuenten las reuniones.

Asisten estudiantes de todos los años de carrera (desde el primero hasta el sexto) estableciéndose así una dinámica de discusión innovadora e interesante. Los médicos que coordinan la actividad van dando voz, en primer lugar, a los alumnos de los primeros años (que saben menos teoría médica, pero conservan una visión general y 'vocacional' sobre el acto médico) para después ir complementando la información con alumnos de cursos superiores. Es notable ver como los más antiguos también aprenden con los comentarios de los más jóvenes, al tiempo que los novatos adquieren conocimientos que les llegan en lenguaje comprensible, de sus propios colegas con más experiencia. Los resultados muestran que el éxito de estas reuniones consiste en que un médico ayude al grupo de estudiantes a preparar el caso. Y des-

pués, durante la presentación, otro médico con más experiencia (uno de los profesores de SOBRAMFA) actúe de mediador dando voz a todos los que quieran intervenir en el público. Los profesores actúan como facilitadores en la discusión, cuyo objetivo no es tanto "llegar a un diagnóstico" sino construir el razonamiento clínico de la deducción y del manejo de síndromes, integradas con la postura humanística, mediante el método centrado en el paciente[51,52].

La mayoría de los casos son reales, extraídos de la práctica de los alumnos de los años clínicos (tercero y cuarto). La integración de conocimientos que el alumno ya posee, o de los estudios de asignaturas básicas que está todavía cursando, resulta ampliado e iluminado por esta metodología que estimula al alumno a encontrar caminos de auto didactismo, buscar información y, en primer lugar, a mejorar su comunicación con el enfermo, pues es ahí donde reside la base de cualquier acción clínica eficaz.

En estos 17 años, más de 1000 estudiantes diferentes han pasado por las RRC. Algunos son actualmente médicos del cuerpo clínico de SOBRAMFA, y muchos otros mantienen contacto con nuestras actividades de Formación Continuada al tiempo que actúan en sus diversas especialidades y carreras académicas.

Rotaciones para Estudiantes de Medicina

Es una actividad eminentemente práctica donde el alumno acompaña durante una o dos semanas (dependiendo de su disponibilidad) a los médicos de SOBRAMFA en sus escenarios de práctica clínica. De este modo, la actuación en el hospital (clínica médica, cuidados paliativos, pacientes crónicos con múltiples molestias), los residenciales geriátricos, las visitas domiciliares, y los ambulatorios de continuidad de cuidados permiten al alumno conocer e incorporar la perspectiva del hacer médico que tiene como principio básico una medicina centrada en la persona y no en la enfermedad. Ser médico es algo que se aprende en la práctica. La importancia del conocimiento teórico y científico conseguido en la facultad de Medicina no dispensa las vivencias que se adquieren en la práctica real de la medicina, en lo cotidiano de la acción médica. Como resultado del programa los alumnos obtienen motivaciones reales -¡algo que han visto y vivido!- para aplicarse con mayor dedicación a los estudios en la universidad, al tiempo que ganan criterio para seleccionar, con auto didactismo, las informaciones que serán relevantes para su práctica médica futura[53].

El Programa de Rotaciones tiene más de 10 años de funcionamiento, ha recibido casi 200 alumnos de 40 facultades de medicina diferentes (en Brasil

hay cerca de 280 facultades de medicina distribuidas por todo el territorio nacional). Este programa de rotaciones tiene su equivalente internacional para alumnos extranjeros.

Las evaluaciones de los estudiantes -que obligatoriamente tienen que realizar al final de las Rotaciones- y los comentarios y entrevistas que se siguen a la participación en las RRC ofrecen un importante material para realizar un análisis cualitativo del aprendizaje. Como son muchas y muy variadas, organizamos en categorías para ofrecer una síntesis de los resultados pedagógicos. Las categorías son ilustradas por frases de los alumnos.

A. El abordaje centrado en el paciente, y no en la enfermedad, proporciona un aprendizaje integral

Esto se dio en relación con todos los estudiantes, independientemente del año de carrera que estén cursando.

Aun sabiendo poca medicina, porque estoy en el primer año de carrera, me sorprendió el racionamiento clínico lógico, sentí que conseguía opinar y contribuir para la reunión. Quizá porque lo que se coloca en primer lugar es el enfermo, el paciente, no la enfermedad de la que poco conozco.

B. Aprendizaje acerca de la importancia de una comunicación eficaz, que es imprescindible para el cuidado

Cuidar no significa pedir exámenes de laboratorio, y hacer prescripciones. Cuidar implica aprender a escuchar al paciente, estar atento a sus deseos, sus sueños, y saber conversar con la familia.

C. Fomento de una relación profesor-alumno eficaz, lo que facilita el aprendizaje y transmite confianza para que el estudiante se desarrolle profesionalmente

La rotación me ayudó, no sólo como apertura para la vida profesional, sino como persona. Los estudiantes somos inseguros, siempre pensamos que nos sabemos nada. Los profesores que nos acompañan en la rotación nos inspiran confianza, nos estimulan a buscar informaciones, a sentir nuestra autonomía en el aprendizaje, nos empujan para crecer. Eso es fundamental" (…) "Para los que tenemos poca experiencia clínica, esto es la oportunidad de aplicar el conocimiento teórico que aprendemos en la facultad. Y los profesores aquí son médicos con paciencia y con gusto para enseñar, aun las cosas más básicas. Un privilegio.

D. Fortalecimiento del compromiso con la vocación médica

Los valores vinculados a la vocación médica, muchas veces, son sofocados

durante los años de graduación debido a la gran demanda de estudio relativo al contenido teórico, al ambiente competitivo y al contacto insuficiente con pacientes.

Viví unos días inolvidables. Énfasis en una práctica clínica basada en evidencias, que se complementa con las narrativas de los enfermos, y se hilvana con una relación médico-paciente humanista, siendo que el médico también crece como persona. Eso es lo que me hace creer en la posibilidad de una medicina que atienda realmente las necesidades de nuestra sociedad

Las experiencias docentes aquí relatadas se componen, en su mayoría, de dinámicas con discusiones abiertas, provocadas por textos teóricos o por el propio atendimiento a los pacientes. Los alumnos exponen con libertad sus dudas, piden consejo, y se establece un clima de cooperación entre profesores y alumnos. Vemos aquí un síntoma de confianza, más que una sencilla reclamación sobre el contenido curricular.

El contacto supervisado con el paciente es otro de los resultados positivos de nuestras experiencias. El aprendizaje que arranca del caso concreto, del paciente, tiene alto impacto educacional, con independencia del nivel de conocimiento médico-técnico que el alumno posea. Es el paciente real que genera el aprendizaje basado en la persona, que tiene mayor amplitud que el aprendizaje basado en problemas. El contacto con el paciente constituye la verdadera práctica del estudiante de Medicina, por ser una muestra real de lo que tendrá que hacer en el futuro cuando sea médico. Vivenciando las situaciones contextuales del paciente y de la comunidad, el alumno descubre en el encuentro clínico médico paciente el sentido verdadero de su futura profesión.

El contacto con el paciente es un catalizador del aprendizaje y, despertado el interés por el compromiso de cuidar, el alumno asume nuevos esfuerzos en la búsqueda de información relativa al caso del paciente, y mejora en su empeño por integrar los conocimientos que adquiere en las diversas asignaturas. La figura del paciente actúa como elemento de convergencia del aprendizaje en el alumno, y aquí se demuestra la importancia de proyectos como el descrito en estas experiencias. De los problemas de salud que el paciente le presenta el estudiante saca impulso para el estudio y la investigación, al tiempo que aprende técnicas de relación y a crear un vínculo con sus enfermos. Entiende, en la práctica, qué son enfermedades prevalentes, lo que es prevención, el manejo de esas molestias; en fin, una epidemiología práctica, clínica, que es la acción propia del médico de familia en funciones.

Practicar la Medicina centrada en el enfermo, con dedicación total, es uno

de los aspectos esenciales que el estudiante de Medicina tiene que aprender y grabar en el alma, durante los años de formación. Las acciones educacionales deben tener un sentido transparente y realista para atraer al alumno. Los principios y valores de la Medicina de Familia, presentados de modo atractivo, estimularán vocaciones de médicos familiares, sin lugar a duda; pero también sirven para formar médicos mejores, independientemente de la especialidad que vayan a seguir. Aprender a colocar al enfermo en primer plano, actuar con perspectiva humanística, mejorar la visión holística de la práctica clínica y crecer en el modo de relacionarse con el paciente son atributos deseables para cualquier médico[54]. En palabras de un médico familiar, Dr. Pablo Blasco, director científico da SOBRAMFA, se puede afirmar que los valores de la medicina familiar sirven para construir durante la graduación *good stem cell doctors* -buenos médicos células-tronco- que después se especializarán conforme su deseo.

Aunque las experiencias descritas son un importante apoyo de SOBRAMFA al esfuerzo realizado por las facultades de medicina de Brasil en promover médicos generalistas y médicos familiares, la colaboración prestada al universo de la educación médica es mucho más amplia. Las experiencias de SOBRAMFA en la actividad docente universitaria nos conducen a una conclusión que, a modo de consejo, se podría ofrecer a los médicos de familia que sienten inclinación por la docencia. Lo más importante es aprovechar la oportunidad e incorporarse a la enseñanza, sin preocuparse con los contenidos específicos, enfocarse en los alumnos para brindarles ayuda. Los médicos familiares deben tener la flexibilidad para adaptarse a multitud de posibilidades docentes, y saber decantar en cada una los valores que se viven en medicina familiar. Lo que realmente importa, y el alumno valora, es enseñar con dedicación y entusiasmo, "desde el fondo del corazón, pues enseñaremos lo que con sinceridad vivimos y somos". Esa es la mejor colaboración que, como médicos de familia, podemos ofrecer para formar las futuras generaciones de médicos.

Taller: el cine de Spielberg: un caso concreto de Educación Médica

El Cine y la Educación Médica

Entre los recursos pedagógicos modernos para desarrollar la educación de la afectividad el cine se ofrece como particularmente útil por sintonizar con un universo donde impera una cultura de la emoción y de la imagen.

La sensibilidad que el cine despierta facilita compartir dudas y fragilidades, permite trabajarlas en ambiente apropiado con supervisión docente, y promociona así la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía, incorporando actitudes "difíciles de enseñar por los métodos tradicionales". De este modo se facilita el aprendizaje porque se promueve la reflexión, que es la base del ejercicio filosófico de la profesión médica[55].

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida al otro elemento que delinea el universo del estudiante: la imagen, o como Ferrés[19] define, "una cultura del espectáculo". El estudiante llega hasta el educador anclado en una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico. Predomina una cultura de la prisa; las personas se refugian en la velocidad, son empujadas a vivir el presente, y por la prisa –en palabras de Ferrés- "no consiguen frecuentar el pasado". Un contexto cultural de lo fragmentario, de lo rápido y sensorial, que se traduce en actitudes inmediatistas, dinámicas, impacientes. Así es la imagen sensible, y no el concepto lógico, la que asume el protagonismo en la "cultura del espectáculo"; lo sensorial es potenciado porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se "comprende un concepto" y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las emociones derivan de los significantes, sin necesidad de entenderse los significados, el contenido conceptual.

En una cultura del espectáculo -saturada de imágenes, emoción e intuición- lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo, que se traduce en imágenes. Un terreno fértil que invita a pensar en el cine como posibilidad adecuada para ayudar en el proceso educativo.

El cine es una forma sensible de lo narrativo. Una forma rápida, de impacto, donde se cuentan historias, y como éste es el contexto cultural donde el estudiante está anclado es natural que la historia que aparece en el celuloide provoque otras historias, ahora de los propios alumnos. Son historias reales de su vida, o ficticias, de otras películas, pero historias al fin y al cabo que tienen que ser contadas, y oídas, y compartidas. Y a través de las historias los estudiantes se reflejan en las películas, pues a través de los conflictos que el cine coloca viven, metafóricamente, sus propios conflictos, y éstos se vuelven transparentes, son aireados en la discusión, aclarados, en busca de ayuda. Una verdadera catarsis provocada por el contacto con el cine[56].

Las películas proporcionan una forma de aprendizaje significativo, porque ofrecen una miríada de escenas y escenarios que pueden ser disecados, criticados y utilizados como ejemplos para resaltar dilemas morales. Promueven el entusiasmo por el aprendizaje, destacan los temas, mejoran la discusión y la reflexión, ya veces, ayudan a ilustrar puntos de enseñanza específicos. En este punto, podemos prever por qué los temas "intangibles", difíciles de enseñar y evaluar, en los que se incluyen la ética, la empatía, la compasión y el compromiso, podrían ser aprobados a través de la metodología de educación cinematográfica[57].

En la base de todas estas posibilidades se requiere reflexión. Los educadores están de acuerdo en que se requiere peculiar esfuerzo para desarrollar la honestidad emocional en estudiantes de medicina o en residentes, ya sea en términos de sus propias respuestas afectivas, o en términos de llevar en cuenta las emociones de los demás. Cuando los estudiantes experimentan emociones negativas y nada se hace para construir una educación afectiva real, los estudiantes a veces deciden adoptar una posición de distanciamiento emocional, y esto genera actitudes que carecen de profesionalismo[9]. Las películas narrativas pueden proporcionar un valioso acceso a la vida afectiva de los espectadores "iluminando" dilemas que de otro modo podrían ser ignorados o descuidados. Debido a que los personajes retratados en las películas no son "reales", los estudiantes pueden ser más honestos acerca de sus reacciones que si estuvieran discutiendo casos de pacientes reales. Esta honestidad emocional se convierte en un punto de partida para explorar las respuestas emocionales. Educar con el cine es fomentar en el educando el hábito de pensar, y enseñar caminos para una reflexión permanente: un verdadero ejercicio filosófico de la profesión.

Algunas escenas procedentes de diversas películas dirigidas por Steven Spielberg se prestan de modo particular para el tema que nos ocupa: vertientes del profesionalismo médico. Son todas escenas populares, de películas conocidas, y ofrecen un escenario agradable para enseñar y discutir acerca de la profesionalidad médica y las actitudes comprendidas en ella. Aunque Spielberg trata frecuentemente temas relativos a la imaginación y de ciencia ficción, el factor humano es probablemente el mejor y más profundo mensaje de sus películas y representa una contribución sobresaliente a la educación del ser humano.

La comunidad académica solicita pruebas de la eficacia de una nueva técnica antes de abogar o incluso apoyar su aplicación generalizada. Lo que podemos decir es que la adquisición de un gusto por la estética a través de películas proporciona una dimensión adicional al aprendizaje médico. Tal

vez, en palabras de Pascal, esto tiene algo que ver con esas "razones del corazón, esas razones que nuestra mente no es capaz de entender"

Sugerimos a seguir cuatro películas de este director que pueden ser útiles para abordar el tema del profesionalismo médico.

Amistad (1997) Director: Steven Spielberg. Actores: Djimon Hounsou, Matthew McConaughey, Anthony Hopkins, Morgan Freeman.

Describe un motín de 1839 a bordo de un barco de esclavos que viaja hacia la costa noreste de América. En una escena, un bebé nace de una esclava. Todos los esclavos están encadenados, y el bebé es el único libre (sin cadenas), y lo pasan a través de todo, sosteniendo en sus brazos, como si estuvieran mostrando un trofeo. En otra escena, el abogado negro busca ayuda para defender a los esclavos. Y aquí surge un maravilloso diálogo sobre "enfoque centrado en las personas". No le basta saber que son esclavos para defenderlos; tiene que saber cuál es la historia de cada uno. No me basta el diagnóstico, sino que tengo que saber quién es el paciente con quien estoy tratando. Surgen con facilidad temas como la *Medicina Centrada en el Paciente, la Empatía, la individualidad y la dignidad de cada ser humano*.

Puente de los Espías / Bridge of Spies (2015) Director: Steven Spielberg. Actores: Tom Hanks, Mark Rylance, Alan Alda.

Durante la Guerra Fría, un abogado estadounidense es reclutado para defender a un espía soviético arrestado en la corte y luego ayudar a la CIA a facilitar el intercambio del espía por un piloto estadounidense. Hay varias escenas que muestran la integridad del abogado y cómo mantiene el secreto profesional. Y la persistencia que muestra en hacer su trabajo, es reconocido y admirado hasta por el espía soviético. Temas como *Ética, confidencialidad, integridad. Ir más lejos de los deberes prescritos* se brindan fácilmente a la discusión.

Schindler's List (1993) Director: Steven Spielberg. Actores: Liam Neeson, Ralph Fiennes, Ben Kingsley.

En la Polonia ocupada por Alemania durante la Segunda Guerra Mundial, Oskar Schindler se preocupa gradualmente por su fuerza de trabajo judía después de presenciar su persecución por los alemanes nazis. Al final de la película, hay una escena notable: los judíos agradecen a Schindler, pero éste se da cuenta de que podría haber hecho más por ellos y sufre con el dolor de su omisión. Surge un gran tema de discusión: *Compromiso, honradez. ¿Cuáles son los límites para servir? ¿Hasta dónde tengo que llegar haciendo el bien?*

Saving Private Ryan (1998) Director: Steven Spielberg. Actores: Tom Hanks, Matt Damon, Tom Sizemore.

Después del desembarque de Normandía, un grupo de soldados de los EEUU va detrás de líneas enemigas para recuperar a un paracaidista cuyos hermanos han sido muertos en acción. Las escenas finales son notables. El capitán John Miller (que era un profesor en la vida civil), encuentra a James Ryan que se niega a ir a casa. La batalla sucede y el capitán Miller está gravemente herido. Antes de morir, pronuncia la gran frase: "James, gánatelo, haz por merecer". Después de eso, la película se desplaza 40 años más tarde. James Ryan es ya un anciano, y está visitando la tumba de Miller. El monólogo de James Ryan es una maravillosa lección sobre la vida reflexiva. Temas a discutir: *Practica Reflexiva. Ejercicio filosófico de la profesión. Crear el hábito reflexivo de por vida*.

A modo de conclusión

El cine nos aproxima del ámbito afectivo de alumnos y profesores, y conduce a todos los que participan de esta metodología pedagógica a reflexionar sobre las propias actitudes y a revisar sus experiencias de vida. Es un atajo moderno que conduce, bien utilizado, al conocimiento propio, objetivo indispensable para promover una educación personalizada y sólida: una educación para las virtudes que cristaliza en actitudes duraderas.

La utilización pedagógica del cine sintoniza bien con el gusto que el estudiante tiene por el caso concreto, por la historia de vida, que le proporcionan la posibilidad de integrar los conocimientos adquiridos en la facultad, al tiempo que apoyan su motivación. El paciente concreto, las historias personalizadas son lo que unifica los contenidos educacionales. Este es el fundamento de la moderna enseñanza basada en problemas.

Cuando se trata de abordar cuestiones éticas, el caso concreto es de gran relevancia, porque la duda ética siempre surge en la cuestión puntual y práctica, no en el marco teórico. La educación médica debe contemplar un espacio para discutir esas dudas prácticas que implican en cómo cuidar al enfermo, cómo comunicarse con la familia, convivir con el sufrimiento y la muerte, todo el campo de los cuidados paliativos, sin olvidar el relacionamiento con los colegas de profesión y el trabajo en equipo. Hay poco espacio formal curricular para abrigar estas discusiones, y el cine es un facilitador que puede colaborar con proyectos que se proponen enseñar bioética de modo longitudinal, y amparar al alumno en las dudas que surgen en los variados escenarios de práctica[58,59].

Educar con el cine nos sitúa en el ámbito del personalismo educativo, que

se impone como condición de eficacia. Es decir: se pueden transmitir objetivamente los conceptos de física cuántica, astronomía o del cáncer gástrico sin atender a los sentimientos de quien aprende. Pero, cuando el objetivo es promover actitudes, tomar decisiones éticas, provocar la reflexión y, en definitiva, construir la personalidad -todo eso está contemplado en el concepto de profesionalismo- la enseñanza teórica es insuficiente. Es necesario condimentar esos principios, hacerlos apetitosos y digestivos. Quizá aquí se encuentra el motivo de los fracasos que proporcionan los cursos de "ética al por mayor", y hasta de los códigos de ética: les falta sabor, y les sobran reglas que, por otro lado, son ya conocidas. Los sentimientos y emociones personalizan los principios facilitando su aplicación práctica.

El cine actúa, pues, como verdadero "facilitador" que permite construir y educar en la ética y en los valores con eficacia y fecundidad. Y el cine, como método pedagógico, ayuda a pensar, provoca la reflexión, que es el objetivo de los educadores que persiguen la excelencia. Son los que avanzan más allá de programas y contenidos, los que se exigen sin que nadie se lo pida, los que saben que para enseñar bien ellos mismos tienes que ser mejores personas[60]. Porque educar es el resultado de la magnífica simbiosis que acopla la actividad intelectual al arte de esculpir el ser humano[61].

Consideraciones finales

Hemos tenido la oportunidad de presentar varias prácticas docentes en que recursos variados pudieron propiciar un proceso productivo reflexivo. Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente donde se puedan exponer las angustias, miedos y fragilidades; permitir compartirlas y trabajarlas para así promocionar la madurez afectiva, un proceso reflexivo activo y el consecuente desarrollo da excelencia profesional y práctica ética. Esto quedó muy claro durante los talleres descritos, en que la interacción y el intercambio de experiencias con los participantes se mostraran extremadamente provechosos.

En este proceso, la reflexión asumió un papel fundamental. Es imposible adquirir virtudes, incorporar valores, esculpir actitudes y construir la ética del día a día sin reflexión. La reflexión es el puente firme entre las emociones y el proceder, un puente donde transitan las emociones que la reflexión transforma en sentimientos constructivos y vivencias. Y esos son la semilla de las actitudes y del comportamiento ético.

Referencias

1. Shapiro J. Literature and the arts in medical education. Fam Med. 2000; 32(3):157-8.

2. Blasco PG. Literature and movies for medical students. Fam Med. 2001;33(6):426-8.

3. Whitman N. A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher. Fam Med. 2000; 32(10): 673-4.

4. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. Teaching Humanities through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes. Fam Med. 2005; 37(1): 18-20.

5. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? BMJ (Clinical Research Ed.). 1999; 318(7175): 48-50.

6. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. JAMA. 2001; 286(15): 1897-902.

7. Sierra, A: "La Afectividad. Eslabón perdido de la educación". Eunsa: Universidad de la Sabana; 2008.

8. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1987.

9. Shapiro J. Does Medical Education promote Alexithymia? A Call for Attending to the emotions of Patients and Self in Medical Training. Academic Medicine. 2011; 86(3): 326-32.

10. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.

11. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. Academic Medicine. 1998; 73: 403-7.

12. De Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. Revista Brasileira de Medicina. Edição Especial Oncologia. 2014; 71: 15-24.

13. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. Educar las emociones para promover la formación ética. Persona y Bioetica, 2013; 17: 28-48.

14. Nobre de Melo AL. Psiquiatria. VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.

15. Damásio AR. O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

16. Ortega y Gasset J. Misión de la universidad. Madrid: Revista de Occidente, Alianza Editorial; 1997.

17. Ruiz Retegui A. Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología cristiana. Madrid: Rialp; 1999.

18. Gustave Thibon: "Una mirada ciega hacia la luz". Barcelona: Belacqua; 2005, p.192.

19. Ferrés J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós; 2000.

20. Marías J. La educación sentimental. Madrid: Alianza Editorial; 1992.

21. Gallian DMC. A (Re)humanização da medicina. Psiq. Prat Med. 2000; 33(2): 5-8.

22. Reginato V. Contribuição ao estudo do perfil do aluno de primeiro ano de medicina da grande São Paulo: aspectos familiares e suas implicações no âmbito vocacional e do desenvolvimento profissional. Tese Doutoral em Medicina pela Universidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP; 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-14102014-115851/pt-br.php.

23. McCue JC. Influence of Medical and Premedical Education on Important Personal Qualities of Physicians. The American Journal of Medicine. 1985; 78: 985-91.

24. Sade R. Stroud M, Levine J, Fleming G. Criteria for Selection of Future Physicians. Annals of Surgery.1985; 201: 225-30.

25. Seidel HM. Medical Education: Broadening the agenda for change. Academic Medicine. 1994; 69(11): 894-5.

26. Moreto G, Blasco PG. A Erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. RBM. Revista Brasileira de Medicina – Especial Oncologia. 2012;.69: 12-17.

27. Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos. Tese Doutoral em Medicina (Ciências Médicas) pela Universidade de São Paulo, USP. Brasil: Universidade de São Paulo; 2015. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php

28. Epstein RM. Mindful practice. Jama,1999; 282(9): 833-9.

29. Roter DL, Frankel RM, Hall JA, Sluyter D. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. J Gen Intern Med. 2006; 21: 28-34.

30. Capra F. O Ponto de Mutação. Tradução de Álvaro Cabral. 26ª ed. São Paulo: Cultrix; 2006.

31. McCarthy J. Principlism or narrative ethics: must we choose between them? Med Humanit. 2003; 29(2); 65-71.

32. Nicolas B, Gillett G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. Journal of Medical Ethics. 1997; 23(5): 295-9.

33. Bauby JD. The diving bell and the butterfly. New York: Alfred A. Knope; 1997.

34. Dubiel H. What is "narrative bioethics". Front Integr Neurosci. 2011; 5: 10.

35. Churchill LR. The human experience of dying: the moral primacy of stories over stages. Soundings. 1979; 62: 24-37.

36. Jones AH. From principles to reflective practice or narrative ethics? In: Carson RA, Burns CR, eds. Philosophy of medicine and bioethics: a twenty-year retrospective and critical appraisal. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1997: 193-5.

37. Brody H. "My story is broken; can you help me fix it?" Medical ethics and the joint construction of narrative. Lit Med. 1994;13: 79-92.

38. Jones AH. Narrative in Medical Ethics. BMJ. 1999; 318 (7178): 253-6.

39. De Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco P. From Suffering to Transcendence: Narratives in Palliative Care. Can Fam Physician. 2007; 53(8):1277-9.

40. De Benedetto. O Papel das Narrativas como Recurso Didático na Formação Humanística dos Estudantes de Medicina e Enfermagem. Tese Doutoral em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo: UNIFESP; 2017.

41. Tolstoi L. A Morte de Ivan Ilitch. São Paulo: Editora 34; 2006.

42. Bogdewic SP. Participant Observation. In: Miller WL, Crabtree BF. (Org.). Doing Qualitative Research. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.

43. Meihy JCSB, HOLANDA F. História Oral – Como Fazer, Como Pensar. São Paulo: Editora Contexto; 2010.

44. Borkan J. Immersion / Cristallization. In: Miller WL, Crabtree BF. (Org.). Doing Qualitative Research. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999

45. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde; 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf. Acesso em: 17/02/2017.

46. McWhinney. A textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1997.

47. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: SOBRAMFA; 2003.

48. Cfr; www.stfm.org.

49. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, De Benedetto MAC, Pinheiro TRP. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation. Acad Med. 2008; 83: 684-690.

50. Blasco PG, Roncoletta AFR, Moreto G, De Benedetto MAC, Levites MR, Janaudis MA. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992. Med Educ. 2008; 42: 113-5.

51. Prats JAGG, Levites MR, Murano ML, Fernandes EP, Moreto G. Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica. Atención Familiar. 2011; 18(3): 56-8.

52. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, Freeman TR, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method. Sage Publications: Inc. California; 1995.

53. Cfr; http://sobramfa.com.br/estagio-para-estudantes-de-medicina/

54. Blasco PG. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la Medicina de Familia. Atención Primaria. 2004; 34(6): 313-7.

55. Blasco PG. Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.

56. Blasco PG. Educação Médica, Medicina de Família e Humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese Doutoral. São Paulo: Faculdade de Medicina, USP; 2002. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php.

57. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Using movie clips to

Foster learners´ reflection: Improving Education in the Affective Domain. Family Medicine. 2006; 38(2): 94-6.

58. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. Una Nueva Metodología Docente en Bioética: Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil. Persona y Bioética. 2008;12. 2(31): 133-44.

59. Blasco PG, Otálora MSD, Pastushenko J, Altisent R. ¿Como enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. Atención Primaria. 2009; 41(2): 103-8.

60. Parker J. Palmer. "The Courage to Teach". S. Francisco: Jossey-Bass; 1998.

61. Bain K. "What the Best College Teachers Do". Cambridge: Harvard University Press; 2004.