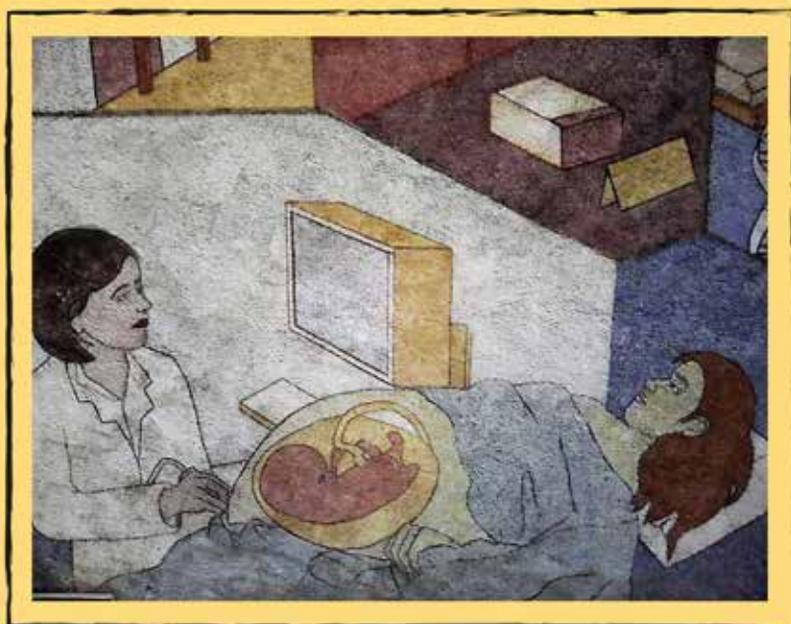


HUMANIZACIÓN EN LA DOCENCIA A MÉDICOS Y ESTUDIANTES



PABLO GONZÁLEZ BLASCO
(Coordinador)

HUMANIZACIÓN EN LA DOCENCIA A MÉDICOS Y ESTUDIANTES: DESAFÍOS Y RECURSOS METODOLÓGICOS PARA LLEVAR EL HUMANISMO A LA PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES:

Pablo González Blasco. MD, PhD^a

María Auxiliadora C. de Benedetto. MD, PhD^b

Graziela Moreto. MD, PhD^c

Marco Aurélio Janaudis. MD, PhD^d

Marcelo R. Levites. MD, PhD^e

a. Director Científico de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. www.sobramfa.com.br
email: pablogb@sobramfa.com.br

b. Directora de Publicaciones de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo

c. Directora de Programas Educativos en SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo

d. Secretario General y Director de Formación Interna en SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo

e. Director de Divulgación y Asuntos Internacionales en SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo

Copyright: De cada texto su autor.

De la edición: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; Centro de Bioética, Instituto de Investigación e Innovación en Salud, UCEN

Edita: Fundación Interamericana Ciencia y Vida

1ª edición: Septiembre 2019. Santiago de Chile

ISBN: 978-956-401-028-1

Prohibida su reproducción total o parcial

Imprenta: CIPOD, Impresión digital. Santiago de Chile

Fotografía portada: Mural en Colegio Médico del Perú, Lima. F. León

Diseño y diagramación: Keiko Suzuki S.

ÍNDICE

Prólogo: La Medicina centrada en la persona	7
Los desafíos de la Humanización	
- Un Progreso que Deshumaniza: ¿fatalidad o descuido?	9
- Las búsquedas humanizantes: desafío del médico actual	10
- ¿Qué tenemos que enseñar al alumno? ¿Por dónde empezar?	13
- ¿Quién seleccionamos, y qué hacemos con los que entran?	15
- ¿Qué es lo que podemos y debemos enseñar? Sabiduría de prioridades frente a la escasez de tiempo	18
Recursos y Metodologías	
- La desnutrición humanista y la miopía para ver al paciente	23
- La Empatía como condición necesaria: ¿es posible enseñar a ser empático?	25
- Emociones y Afectividad: un recurso metodológico posible	27
- Humanidades en versión moderna: un camino pedagógico para el Humanismo	31
- El poder personalizador de las narrativas	30
- La reflexión que nos llega con la música y las canciones	37
- Incorporando la Espiritualidad en la dimensión pedagógica	39
- El cine y la educación de la afectividad	40
- ¿Emociones o vivencias? En busca de la metodología eficaz	44
- Caminos de Humanización para superar las limitaciones del proceso selectivo	47
El Humanismo en la práctica:	
la Medicina Centrada en el Paciente (MCP)	
- Buscando el Profesionalismo Médico	49
- La Medicina Centrada en el Paciente (MCP): Una Metodología Científica	52
- Modelos para construir la MCP: Los Principios de la Medicina Familiar	53

- MPC y los Cuatro Cuadrantes de la Ciencia Médica 57
- MPC y la construcción del Conocimiento Integrado 61
- Integrando los Cuadrantes del Conocimiento: Ejemplos de lo cotidiano 62
- Médico: ¡conócete a ti mismo, cuida de ti primero! 65
- El Método de la MCP: los seis pasos 67
- Integrando Metodologías: supervisión del Docente junto al enfermo y al estudiante 69
- El aprendizaje del alumno: aspectos prácticos 73
- Otros beneficios de la Educación Médica Centrada en el Paciente 80
- MCP y la Formación Médica Humanística: Una propuesta concreta 82
- Desafíos, recursos y humanismo en la práctica: ¿Dónde llegamos? 85
- Citas bibliográficas 87**

PRÓLOGO

LA MEDICINA CENTRADA EN LA PERSONA

El presente libro es fruto de una experiencia de más de veinte años en la docencia del humanismo a estudiantes y profesionales de la Medicina, por parte de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Humanismo Médico (SOBRAMFA), en Brasil.

Es lógico que la preocupación por la enseñanza del carácter humanista de la Medicina haya surgido desde la Medicina de Familia, la más cercana a los pacientes y su ámbito familiar y social, la más preocupada también por una atención integral de la persona, desde una visión biopsicosocial y espiritual, y no solamente biológica.

Existe una amplia tradición humanista en la historia reciente de la Medicina, desde los inicios de la antropología médica. Desde hace unos 40 años, el creciente proceso de tecnificación, especialización y aumento de la atención de pacientes críticos, centrada en los hospitales, ha relegado en la práctica el gran interés puesto en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, desde Alma Ata al Informe sobre la Salud en el Mundo, de la OMS en 2008, que la califica de “más necesaria que nunca”.

Junto a esto, ha crecido la preocupación por los nuevos desafíos éticos que provocan los avances tecnológicos, en muchas áreas pero especialmente en el ámbito médico. Como consecuencia, se ha desarrollado la Bioética, como ciencia de la vida, puente entre las ciencias y las humanidades, tanto en el ámbito académico como en el clínico y asistencial. Uno de los mayores problemas es precisamente la llamada “deshumanización” de la Medicina, o más bien tendríamos que decir de la atención en salud, ya que la Medicina de por sí es una ciencia al servicio de la persona y, por principio, humana y humanizante.

De esto trata la primera parte del texto, de los desafíos que presenta la deshumanización, entendido en positivo: qué debemos hacer para afrontar ese desafío, en el aula y fuera del aula, en los campos clínicos. Y también, qué valores debemos transmitir a los alumnos y a los profesionales, qué actitudes éticas debemos tener para hacerlo de modo eficaz, y también con qué instrumentos educativos contamos para realizarlo. Aquí, la experiencia de la SOBRAMFA es muy rica, y se exponen diversos medios instrumentales que pueden hacer mucho más eficaz la docencia de la ética y el humanismo: narrativas, música, cine, vivencias, etc.

Toda la segunda parte del libro se enfoca en la Medicina Centrada en el Paciente, con toda una metodología científica para construirla, con la extensión de un conocimiento integrado y de un modelo docente bien probado en la práctica. Son propuestas concretas de una Educación Médica Centrada en el Paciente, que, por lo tanto, también se centra en el estudiante de Medicina y el profesor de Medicina para poder conseguirlo.

Cada vez se ha extendido más la preocupación por una Medicina Centrada en el Paciente o en la Persona. Existe una Asociación a nivel internacional de Medicina Centrada en la Persona (MCP) y una Red Latinoamericana de MCP que lleva también algunos años promoviendo esa visión de la Medicina y de la educación médica en Jornadas y Congresos, especialmente desde Perú. Estamos tratando de complementar esfuerzos, difundir experiencias, alentar iniciativas.

Este libro es un esfuerzo más para dar a conocer lo mucho y bueno realizado por la SOBRAMFA en el desarrollo de una Medicina Centrada en la Persona en Latinoamérica.

Francisco Javier León Correa

LOS DESAFÍOS DE LA HUMANIZACIÓN

UN PROGRESO QUE DESHUMANIZA: ¿FATALIDAD O DESCUIDO?

La formación académica universitaria, originada en el siglo XII, formaba un médico de amplia cultura pero que, en la práctica, obtenía resultados decepcionantes debido a las limitaciones de los recursos propios de la época. Históricamente, el proceso de desarrollo es lento, e incluso en los años renacentistas no trae cambios radicales en el perfil del médico, a pesar de la aparición de una nueva mentalidad que refuerza la perspectiva científica sobre el mundo derivada de la física y la mecánica. Sólo en el siglo XIX se produce una verdadera revolución científica que traerá consecuencias importantes en la medicina, con implicaciones actuales.

Con el progreso tecnológico, llega el precio necesario a pagar: la fragmentación del ser humano, para mejor estudiarla. Estudiar a fondo las partes del cuerpo humano es el método adoptado en el siglo XX, y será el diapasón que comanda el progreso de la medicina. Surgen laboratorios con tecnologías sofisticadas, el tiempo dedicado a la investigación irrumpe en las agendas de los médicos que dedican esfuerzos a esta actividad necesaria, aun a costa de recortar el tiempo dedicado a la acción clínica¹.

La visión que el hombre tiene de sí mismo, iluminada por las posibilidades de la técnica, abre horizontes de progreso que parecen no tener límites. Surgen las dudas éticas, de lo que es posible hacer, y de lo que se puede y debe hacer. El médico siente la necesidad de actualizarse y estar al día con el progreso. No es posible hacer esto por su cuenta, y la formación académica en las universidades sustituye la enseñanza y la

práctica casi artesanal de tiempos anteriores. Los protocolos y evidencias son la voz de comando, monopolizan el progreso, y las actitudes clásicas del buen médico cada vez gozan de menos espacio formal para ser modeladas.

La personalidad adecuada, nutrida por el acto humanitario, acaba disolviéndose entre investigaciones complejas en el laboratorio, nuevas tecnologías, esferas administrativas y acciones políticas. El paciente desaparece de la línea de frente, deja de ser el objetivo principal de las acciones médicas. Practicar una medicina centrada en el paciente, y no en la patología que padece o, con mucha frecuencia, en el resultado de los exámenes, y situado como un elemento de estadísticas epidemiológicas, sufre una resistencia enorme en el ejercicio profesional cotidiano.

No es posible abrazar todo el conocimiento médico existente, y la especialización –en el saber y en la asistencia– es la norma vigente. El paciente es fragmentado para ser estudiado, y para ser atendido por los que conocen “esa parte que les corresponde de su ser enfermo”. Y el resultado es que la figura del paciente, de la persona, queda más difuminada todavía, oculta detrás del empeño técnico por cuidarlo científicamente, y mejor. Una paradoja curiosa y triste al mismo tiempo que denominamos deshumanización², de la que el paciente se queja y busca salidas alternativas -en modelos de medicina no tradicionales- porque necesita una atención integral a su persona que padece.

LAS BÚSQUEDAS HUMANIZANTES: DESAFÍO DEL MÉDICO ACTUAL

Todas estas transformaciones -el coste del progreso- no son disculpa para abandonar la actitud humanitaria y humanista que es núcleo del bien hacer médico. Quizá por eso, los médicos -que siempre se caracterizaron por ser personas de una cultura mayor que la media de los ciudadanos- buscan ahora de modo explícito los recursos humanísticos para preservar ese don que acompaña la vocación médica, de saber trabajar las subjetividades, cuidar con esmero a cada persona singular, en fin, de mantener el foco en el paciente. “Cuando me refiero al estudio de las humanidades quiero decir cultura general, incluyendo historia universal,

arte, música, literatura y las comunicaciones, cuya finalidad es permitir al médico relacionarse más fácilmente con personas de diferentes orígenes culturales. La cultura, en un sentido amplio, no es un lujo de aristócratas, sino una poderosa herramienta que permite al hombre tener una correcta concepción de la vida y de su trabajo”³.

La conocida obra *El arte perdido de curar*⁴, una apología al humanismo médico apunta: “Más de cuatro décadas de actividad médica sirvieron para aumentar mi fascinación por el arte de curación mágica, tal como lo describe Maimónides, el gran médico y filósofo del siglo XII: *Que nunca me olvide de que el paciente es mi semejante, aterido de dolor. Que jamás lo considere un receptor de la enfermedad*. Ningún placer se puede comparar con la alegría de ayudar a otros seres humanos para garantizar y prolongar la vida. Este libro es una pequeña recompensa a mis pacientes que fueron mis mejores maestros y me ayudaron a ser médico”.

Para volver a unir lo que nunca se tendría que haber separado, surgen autores que nos lo recuerdan. Una verdadera apología del Humanismo médico, que hemos ido olvidando con las seducciones de la técnica y del progreso. “El humanismo médico no es una entidad separada y aislada de la medicina. Es una necesidad imprescindible, inherente a la naturaleza misma de la práctica médica y que en todos los casos se requiere para la debida comprensión de un paciente. Este tipo de humanismo implica interesarse en el conocimiento de la ética, el derecho, la historia y la literatura; además, conocer acerca de los valores, las motivaciones y las tradiciones que se relacionan con la salud y la enfermedad humanas. Considerar el humanismo médico como una entidad integradora permitirá una práctica de la medicina suficiente y adecuada, en tanto que favorezca el reconocimiento de la variabilidad humana, ‘el respeto por la individualidad y el interés por comprender los aspectos éticos y de justicia’ relacionados con el orden social en que se desenvuelve el paciente. En tanto que la medicina permanece con una ‘columna firmemente apoyada en la ciencia’, no puede olvidarse que la aplicación de este conocimiento debe ocurrir en el marco de la mejor tradición humanista, conformado por todos aquellos sueños y necesidades de la gente enferma, así como de aquellos que los atienden y les sirven”⁵.

Esta corriente humanista, abre perspectivas modernas para recuperar la práctica médica centrada en el paciente, colocándole, de nuevo en el centro del proceso, el lugar que le corresponde. “La medicina de hoy no es en su esencia diferente de la medicina de ayer. En ella, el enfoque

humanístico activa el espíritu, enriquece la capacidad crítica, extiende la conciencia y permite apreciar el papel de los valores implicados en las acciones médicas. Esta medicina es verdad absoluta. El médico humanista puede dar a su trabajo con los enfermos una perspectiva de profundidad y un mejor sentido de proporción y justicia”⁶.

El esfuerzo que el médico de hoy tendrá que hacer para recuperar esta postura, no es pequeño. La competencia científica le exige una actualización permanente; al mismo tiempo, no puede perder de vista el porqué de esta actualización, y al servicio de quien debe colocarla. Mantener el foco en su misión, y en el paciente como objetivo primordial de su crecimiento científico, es tarea ardua que requiere una tenacidad incansable. Si en otros tiempos, el médico mantenía su mirada en el paciente porque la técnica de que disponía era muy limitada, hoy las posibilidades de distraerse son innumerables y es cada vez más frecuente que la variedad de los árboles técnicos, nos impidan ver el bosque, la persona del enfermo.

Contemplar al paciente, es sin duda, un camino seguro de Humanización del profesional de salud. Quien es cuidado, responde con confianza. La confianza es una actitud que demuestra seguridad, esperanza; en el caso del enfermo, mejorar su salud. Surge aquí como un arco voltaico, entre la actitud de quien cuida y la confianza que el paciente enfermo deposita en él. Y la chispa que se enciende de esta bipolaridad es la actitud humanitaria. La actitud humanitaria, el humanismo, y el profesional humanista se mezclan de modo singular en esta evolución cultural que tiene como objetivo el cuidado del ser enfermo⁷.

“Los avances en la medicina, siguiendo el progreso de la ciencia en general y el desarrollo de tecnologías cada vez más sofisticadas, ha descortinado posibilidades y perspectivas que ni siquiera el más imaginativo podría predecir. Sin embargo, hoy en día, cada vez más, se ha colocado el tema del factor humano, la preocupación por el peligro de la deshumanización que puede surgir de una evolución unilateral de conocimiento. (...) Para el científico guiado por la perspectiva biomédica, la psique puede llegar a ser una molestia, una interferencia no deseada, lo que dificulta sus investigaciones y acciones. Sería muy reconfortante para este científico si el ser humano pudiera reducirse a las mismas leyes del mundo inanimado. Esto vale para tanto para el científico como para el profesional que trabaja dentro de esta perspectiva. Para este profesional, el paciente perturba cuando interfiere con asuntos personales, sentimientos y muchas otras ‘banalidades’ que no tienen nada que ver con

el tratamiento de la enfermedad, que es el principal interés de este profesional. Para él, todas estas cuestiones son incidentales, innecesarias y no tienen nada que ver con el arte de curar”⁸.

Tenemos en Gregorio Marañón un ejemplo cercano de quien consiguió unir, en admirable sintonía, el progreso científico con las Humanidades. Y, repetidas veces, subrayaba que el conocimiento de la Patología era tan importante como conocer la personalidad y las circunstancias del enfermo (que es una etiología más, decía); y que saber de literatura, artes y tener experiencia de vida aprovechaba tanto como la semiología tradicional o las pruebas de laboratorio⁹. El progreso técnico, hoy mucho más vertiginoso que en la época de Marañón, compromete más todavía la atención a esas fuentes del saber médico que parecen ajenas y disociadas de las revoluciones tecnológicas que contemplamos a diario.

La teoría y los argumentos son claros; ahora es necesario ponerlos en práctica. ¿Cómo se forma este médico moderno, que integra el progreso técnico con el humanismo, como un profesional “bifocal”, que consigue asociar en una simbiosis eficaz la ciencia y el arte médico? La respuesta a esta pregunta nos sitúa delante del sujeto sobre quien recae esta formación: el alumno de medicina.

¿QUÉ TENEMOS QUE ENSEÑAR AL ALUMNO? ¿POR DÓNDE EMPEZAR?

En el Juramento de Hipócrates encontramos sugerencias en el proceso de selección, y la posible forma de enseñar a los futuros médicos.

Conservar mi vida y mi profesión pura y santa; (...); entrar en cada casa donde me llamen con el objetivo de aliviar al paciente, manteniéndome puro de toda iniquidad voluntaria y corruptora, prohibiéndome todo el comercio voluptuoso, ya sea hombre o mujer, libre o esclavo. Callar, guardando el secreto inviolable, todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión o fuera de ella, y silenciar todo lo que no deba ser divulgado. Si, entonces, cumplo fielmente mi juramento, si no falla, que pueda disfrutar de mi vida y de los frutos de mi arte, honrado por todos los hombres para la posteridad. Si violara mi juramento, si perjurara, que me ocurra lo contrario. (Juramento de Hipócrates)

Hay quien prefiere traducir el compromiso que el Juramento implica de otro modo: *Enseñar esta arte a aquellos que se comprometieron a practicarla, y a ningún otro*¹⁰. El Juramento es una condición para aprender el arte médico, no sólo para ejercerla. Es decir, el aprendiz tiene que estar de acuerdo previamente con estas condiciones. Es un modo de seleccionar candidatos.

Llama la atención el carácter casi familiar de la educación médica que propone el Juramento: “Estimar, tanto como a mis padres, a aquel que me enseñó esta arte; hacer vida común con él y, si necesario fuera, compartir mis bienes”¹¹. Es como pasar conocimiento y sabiduría, de padres para hijos, aunque no para todos: sólo a los que están dispuestos a vivir lo que han jurado. Las actitudes y comportamiento moral valorizados en Grecia eran condiciones imprescindibles para iniciarse en el aprendizaje del arte médico. Comportamiento que incluye el trato con el paciente, los familiares y las personas que están alrededor. Una exigencia *sine qua non* para empezar a aprender los contenidos específicos del arte médico.

La personalidad, siendo necesaria, no es suficiente. Es preciso conocimiento para que quien posee las aptitudes del cuidar, lo haga de modo competente. En las antiguas civilizaciones, la transmisión del conocimiento era directa del maestro para el discípulo que, en general, pertenecían a la misma familia⁸. Las escuelas griegas de Cnido y Cós, la cuna de la medicina hipocrática, eran lugares donde se trataban pacientes: se educaba al mismo tiempo que se practicaba la medicina. La convivencia diaria del aprendiz con el maestro, permitía a éste último evaluar las características personales del futuro médico, y no sólo en lo relativo al conocimiento, sino también en lo referente a la dimensión humana y al comportamiento del candidato.

El desafío de selección que nos coloca la actitud Hipocrática continua presente dos mil quinientos años después. Por ejemplo, en un interesante trabajo desarrollado por un cirujano sobre la selección de candidatos, ya se advierte lo complejo del tema. El estudio elabora una lista de las características de un buen médico, y la ordena por la importancia y de acuerdo con la dificultad de enseñarlas. En los primeros lugares de la lista constan, justamente, las que están relacionadas con el comportamiento y actitud, todas importantísimas y muy difíciles de enseñar: empatía, comprensión, motivación, idealismo. Y el investigador concluye: “Conseguimos con este estudio el objetivo que nos proponíamos. Determinar que muchas de las características de un buen médico, son impor-

tantes, imprescindibles, pero no es posible enseñarlas en la Facultad de Medicina: tienen que tenerlas antes¹²”.

¿QUIÉN SELECCIONAMOS, Y QUÉ HACEMOS CON LOS QUE ENTRAN?

En el campo de la educación médica, que acompaña a la transformación del mundo moderno, se requiere en la formación de sus candidatos una base científica sólida. Los requisitos para la admisión a una escuela de medicina consisten en los conocimientos que el estudiante tiene sobre la base de la ciencia; el parámetro de la personalidad, anteriormente comentado, no se incluye entre los principales criterios de selección.

La selección de los candidatos y de encontrar un buen método para seleccionarlos es un desafío crónico. Contraría saber que además de admitir personas que no tienen la capacidad de incorporar la profesión médica como una vocación que les realice, dejamos fuera a otros que la tendrían, y que no reúnen los parámetros -insuficientes, pero vigentes cuando hay que escoger- que se consideran imprescindibles. “Si bien la herramienta de selección definitiva todavía no se ha encontrado y probablemente nunca se encontrará, hemos aprendido mucho sobre los procedimientos de selección, que deben incluir no sólo el rendimiento académico sino también la evaluación de la personalidad, el carácter y los factores psicomotores”⁶.

En vista de esta deficiencia en los criterios de selección (ciertamente grave, porque cada vez hay más alumnos que quieren estudiar medicina, y lo único que se evalúa son las calificaciones, y no si tiene capacidad vocacional), aproximarse para conocerlo cuando ya se encuentra en las aulas, es imperativo. Entran los mejores estudiantes, pero no necesariamente los que serían los mejores médicos¹². Se llega a discutir la opción de que las universidades apliquen pruebas de empatía a sus aspirantes a la escuela de medicina ante la perspectiva de enfrentar demandas legales originadas en conductas inadecuadas de sus médicos titulados¹³. Algunos autores postulan la necesidad de incluir las entrevistas para perfeccionar el método de selección de candidatos en las facultades de medicina¹⁴. Sería una manera de evaluar cualidades de la personalidad:

madurez, capacidad de comunicación, conocimientos generales, posturas de vida, valores y capacidad de juicio moral, espíritu de iniciativa¹⁵. Otros autores utilizan testes psicológicos para identificar no el mejor alumno sino el mejor profesional en potencial, aunque los resultados no se muestran alentadores¹⁶. Hay también trabajos donde se utilizan entrevistas con los estudiantes que han ingresado en la facultad: aunque no sirvan para seleccionarlos, sirven para conocerlos, y puede funcionar como un guía que oriente su evaluación, la medida de su progreso, y el cuidado atento que hay que tener con cada uno y con sus peculiaridades⁶.

La preocupación con el perfil del estudiante que llega a la facultad es creciente entre los que se dedican a la educación médica. “Hay tres cualidades personales que parecen ser importantes para la atención esmerada con el paciente y el equilibrio delante de las tensiones que la práctica médica provoca: la madurez, el ajuste social y la moderación en la competitividad agresiva. A pesar de reconocer su importancia es frecuente descuidarlas en favor de la excelencia científica y académica en el proceso de selección de las escuelas de medicina”¹⁷. Este mismo autor destaca la importancia de la sensibilidad, de la empatía y la paciencia como cualidades necesarias para el futuro médico, y reconoce que evaluar y medirlas no es fácil. Pero, de algún modo, el educador tiene que estar atento porque no sirven sólo para ser un buen médico sino también para sentirse realizados profesionalmente, para ser más felices. El compromiso de selección y formación cabe a los educadores médicos: evaluar las actitudes, ponderar su evolución, involucrarse en el proceso educativo. Un compromiso que, infelizmente, pocas veces está presente¹⁸.

¿Quién es el alumno que nos llega a la facultad de Medicina? El proceso de selección continúa siendo el mismo que hace décadas –conocimiento y calificaciones– pero las personas son otras. Los cambios sociales, la información rápida y virtual, la sucesión de generaciones rapidísima (hay profesores que comentan que los alumnos del sexto curso son diferentes de los que entran en primero; es decir, no pasan treinta años sino cinco en el cambio de generaciones). Los estudiantes añaden a la natural rebeldía de la juventud, la alergia por métodos pedagógicos anticuados; porque, hay que reconocerlo, continuamos enseñando medicina también como hace décadas. Y el ejemplo del profesor, enseñando al lado al alumno mientras cuida al paciente, está cada vez más ausente. Una ausencia que no es posible suplir con la tecnología o las redes sociales.

Hay que conocer los antecedentes de cada uno, entender que viven en una sociedad de grandes transformaciones, donde los valores pueden ser muy escasos. “Muchos de los que abogan por el cambio (en Educación Médica) parecen olvidar que la educación médica no comienza con la escuela de medicina. Los estudiantes matriculados ya están formados por su educación y experiencia formal e informal, y cualquier intento de introducir cambios debe tener en cuenta los problemas que enfrenta la educación en general. Debido a que la calidad de la educación general se ha erosionado, muchos estudiantes carecen de la rica exposición a la tradición histórica, filosófica y literaria, esencial para lograr la comprensión que permite construir un comportamiento en el médico. Estas deficiencias no pueden ser remediadas únicamente cambiando el plan de estudios de medicina (...) ¿Podemos esperar neutralizar esos valores dentro de los años de la escuela de medicina?¹⁹”.

Y con las dificultades, justo es también advertir el potencial que nos llega junto con ese alumno que ingresa en la facultad de medicina. La participación activa en movimientos de voluntariado es un atractivo enorme para los jóvenes, que se sienten convocados a una mayor responsabilidad social, a transformar el mundo de un modo práctico, dedicando su tiempo y empeño. Quizá el perfil de los alumnos que estudian medicina, la mayoría de las familias de situación social estable (es muy difícil entrar en una facultad de medicina sin haber estudiado en un buen colegio, que no suele ser barato), facilita ese deseo de compartir lo que ellos siempre han tenido al alcance de la mano, con los más necesitados. Este es un aspecto que el educador tiene que contemplar y utilizarlo positivamente en la formación del alumno. Preocuparse con los otros es el primer paso para una educación médica centrada en el paciente. Cabe al educador promover y ampliar científicamente esta actitud altruista del estudiante²⁰.

Con todo lo expuesto hasta ahora, surgen dos cuestiones que resumen los desafíos. La primera: es necesario iniciar un proceso de cambio en el método de selección de los estudiantes que desean ingresar en la facultad de medicina. La segunda, más urgente porque hay que aplicarla de inmediato es: como los cambios en el proceso de selección serán muy lentos, tenemos que pensar qué hacer con los estudiantes que nos llegan de hecho. ¿Cómo se puede encontrar espacio –que es vencer las resistencias de los feudos establecidos en las cátedras tradicionales– para atender las necesidades nuevas y desafiantes de los alumnos? ¿De

dónde sale el tiempo necesario para guiar al alumno, con pedagogía moderna, por los caminos del humanismo médico, enseñándole a integrar la ciencia y el arte, y a centrarse en el paciente, aprendiendo a colocarlo siempre como objetivo de su actuación profesional?

¿QUÉ ES LO QUE PODEMOS Y DEBEMOS ENSEÑAR? SABIDURÍA DE PRIORIDADES FRENTE A LA ESCASEZ DE TIEMPO

La transformación en la enseñanza de la medicina fundada en bases predominantemente científicas tiene, como punto de referencia fundamental, los estudios realizados en 1910 por Flexner, inicialmente en los Estados Unidos y Canadá, extendiéndose después para todo el mundo occidental. Según Flexner la educación médica debe estar presidida por una actitud científica y técnica intelectual, donde se incluye el espíritu investigador. Era necesario sistematizar las enseñanzas, promover los conocimientos esenciales, y alejar del ámbito educativo a quien no estaba cualificado. La propuesta era incuestionable, pero las consecuencias –los efectos colaterales – no tardaron en mostrarse. La fragmentación del ser humano: el famoso divide y vencerás pueden traducirse aquí por segmenta y aprenderás. Una vez dividido es cada vez más difícil volver a unir las partes.

Con el modelo segmentado de la especialización el investigador se convierte en quien tiene la batuta, el paciente empieza a distanciarse de ser el objetivo primordial de la enseñanza médica, y el profesor también se distancia no sólo del paciente sino también del alumno y de sus necesidades concretas de aprendizaje, porque está muy ocupado con sus investigaciones²¹. En el fondo, esto es lo que se le exige en su posición de profesor: que promueva nuevos conocimientos científicos, que desarrolle la investigación, que publique.

Bien advertía Ortega²² en una obra imprescindible para cualquier profesor universitario, que ser un buen investigador no garantiza la calidad docente como profesor.

Una cosa –viene a decir Ortega– es ser investigador y otra ser profesor. Y lo primero no implica lo segundo. El proceso de formación uni-

versitaria –que es la proyección institucional del estudiante, en palabras textuales del filósofo español– requiere profesores que formen a los jóvenes para su vida profesional, y no investigadores que les informen de todas las novedades que surgen en el universo científico.

El tiempo de formación universitaria es limitado, y es preciso optar por lo que es posible enseñar para construir un buen profesional. Es decir, que hay que atenerse al principio de Arquímedes –donde algo entra, algo va a tener que salir– para decidir qué es lo que un médico no puede dejar de saber. El progreso técnico es tan formidable que ha monopolizado en su totalidad el tiempo de formación de los médicos. Son muchos los conocimientos que nos llegan por minuto, y es necesario utilizar la economía del tiempo a fin de enseñar lo necesario para ser un buen profesional, ya que no es posible enseñarlo todo. Y esas decisiones no siempre son acertadas: la hegemonía de la técnica desplaza la formación humanista y ética. Llama la atención los muchos ejemplos relacionados justamente con la educación médica que Ortega incluye en ese ensayo.

El propio Flexner, casi 30 años después de su informe, parece evaluar los efectos colaterales de la reforma, y escribe de modo clarísimo: “Pasé muchos años defendiendo que nuestras escuelas deben prestar más atención al mundo en que sus alumnos están destinados a vivir. Ahora me pregunto si esta corriente no asumió una fuerza excesiva y si estamos dejando espacio para una vida plena, cuando despojamos al mundo de estas cosas inútiles que le otorgan un significado espiritual. Es decir, si nuestro concepto de lo útil no se ha vuelto demasiado estrecho (...) La mayoría de los descubrimientos importantes de la humanidad de deben a personas que no se guiaron por el afán de utilidad, sino por la curiosidad. Defiendo la conveniencia de abolir la palabra utilidad (en los laboratorios), y de liberar el espíritu humano²³”.

Volviendo a los pensamientos de Ortega, habría que preguntarse ¿qué es posible enseñar en la Universidad, en la facultad de Medicina? Los conocimientos científicos aumentan por minuto, y los años de formación continúan siendo los mismos. Es necesario aplicar el principio de la economía de tiempo, que es escaso, frente al volumen de conocimientos que se pueden enseñar. Hay, pues, que decidir, qué es lo que no puede dejar de ser enseñado, definir prioridades, establecer qué es lo que un médico, en sus años de formación universitaria, no puede dejar de saber²⁴.

Al final de la década de los años 50, surge una obra clásica que alerta sobre la preocupación que debe nortear las facultades de medicina,

que se encaminaban por la investigación, dejando la atención de los alumnos en segundo plano: “Toda obra que se dedica a la formación de los problemas médicos no puede dejar de pensar en la naturaleza de las personas en formación. El popular aforismo educativo –‘maestros enseñan a estudiantes, no asignaturas’– puede estar desgastado, pero refleja algo que se deja de lado a veces en el debate sobre temas de educación. El producto humano de una escuela de medicina se modela a partir de materias primas, cuidadosamente seleccionadas y expuestas al medio ambiente creado por la facultad, donde se reflejan sus valores. Ni el material, ni el medio ambiente solos determinan el resultado, sino más bien la interacción de estos componentes”.

Las palabras de Miller estimulan a los profesores a una reflexión esencial que podríamos denominar la educación centrada en el estudiante. Para el tema que nos ocupa, es una afirmación que merece destaque, por ser condición imprescindible: no es posible enseñar el modelo de medicina centrada en el paciente si el profesor no está centrado en el alumno. De nuevo, la proyección institucional del estudiante que Ortega apunta: la universidad, al fin y al cabo, no es para los investigadores, ni para los profesores, sino para los alumnos²⁰. El estudiante no puede buscar su formación en desamparo, mas debe estar acompañado de la mano del profesor que le guía. Y en ese acompañamiento, como se verá detenidamente en otro capítulo, la fuerza del ejemplo –para bien o para mal– es un elemento decisivo en su educación.

Es conocido el estrés de los estudiantes de medicina, el desgaste (*burnout*) y hasta el alto índice de suicidios cuando comparado con otras profesiones. Estar rodeado del dolor y de la muerte, sin acompañamiento adecuado, es un riesgo suficientemente demostrado. Pero estos extremos son el grito de alerta para cuidar de todo un universo de situaciones que, sin llegar a circunstancias trágicas, producen el deterioro del futuro médico y, consecuentemente, del cuidado del paciente. Ya se ha comentado que los médicos y estudiantes tendrían que volar más en avión, para escuchar la recomendación de praxis: en caso de despresurización coloque la máscara en usted antes de ayudar a otro. No es posible ayudar a alguien cuando no estamos bien seguros. Y esta seguridad –que es en el fondo lo que significa educar– no se consigue solo con conocimientos técnicos teóricos.

La incertidumbre del estudiante y del joven médico²⁶, que se enfrenta a un aluvión de información técnica, y necesita orientación para esta-

blecer las prioridades: saber qué es lo que importa, distinguir lo principal de lo secundario. El apelo de la tecnología es seductor, y los jóvenes esperan todas las respuestas de estos recursos modernos. El acúmulo 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. 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 coloque? ¿Cómo puedo saber de todo? En otras palabras, ¿cómo sentirse comfortable con la incertidumbre de posibilidades clínicas? 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 con abordaje antropológico y no la indigestión tecnológica. lo que ayuda a navegar las aguas de la incertidumbre y a tratar los dilemas del ser humano²⁷.

Es, pues, necesario pensar en la formación médica como algo de mayor amplitud que los progresos científicos de última hora –que el estudiante tendrá el resto de su vida para profundizar, estudiar y especializarse– y decidir qué es lo que no se puede dejar de enseñar. Guiarle por el camino del relacionamiento humano, que aprenda a enfrentar las angustias y miedos del paciente y la familia, y que no se esconda detrás de la técnica sofisticada, para aprender que donde la técnica no llega (y muchas veces es así) siempre puede confortar al paciente con su actitud.

El estudiante sale de la facultad con conocimientos científicos impresionantes, pero le falta la capacidad de integrarlos y hacerlos converger sobre la persona del enfermo. Y, lo que es peor, la distracción con las posibilidades técnicas les amputa de algún modo la habilidad para conocer a la persona del enfermo. Hace falta empatía –otro término que está a la orden del día– lo que supone otro desafío; porque la empatía, más que algo a ser aprendido es cualidad que debe ser preservada, visto que el proceso de la formación médica acaba por maltratarla de algún modo²⁸. El joven profesional teme que la proximidad empática con el paciente le reste discernimiento, objetividad, y le haga sufrir al mezclarse con el dolor del enfermo. Es necesario enseñar a reflexionar sobre las propias emociones, trabajarlas, educarlas²⁹. Y las emociones –la educación de la afectividad– es algo que tiene poco espacio docente en el currículo médico. La solución apuntada por los autores se apoya en el papel del pro-

fesor que ampara las emociones del estudiante, le permite compartirlas, y facilita la maduración afectiva.

RECURSOS Y METODOLOGÍAS

LA DESNUTRICIÓN HUMANISTA Y LA MIOPÍA PARA VER AL PACIENTE

Observamos entre los médicos –tal vez con mayor relieve cuando se trata de jóvenes profesionales y de estudiantes de medicina– la convivencia de conocimientos técnicos maquillados con unos adornos humanísticos deficientes. Este desequilibrio explica la penuria en la relación médico paciente y, como consecuencia, un desarrollo insuficiente del moderno profesionalismo. Tenemos, como resultado, un médico partido por la mitad: un “mecánico de personas³⁰”. La ciencia y el arte de la medicina están unidos de modo inseparable, ambas son condiciones necesarias, pero no suficientes por sí mismas.

Se necesita abrir caminos para un nuevo perfil de humanismo médico capaz de armonizar los avances científico-técnicos con las necesidades reales de las personas. Decimos armonizar y no equilibrar: no se trata de contrarrestar la técnica, sino de armonizarla con el humanismo en un arpegio sintónico compuesto por notas, todas diferentes e imprescindibles. Esta es la misión de la Universidad y de todos los que están comprometidos en el proceso formativo de los futuros médicos. Enseñar a atender al enfermo en toda su dimensión humana y no solo sectorialmente es el desafío principal de hoy día en la educación médica. Se hace necesario un conocimiento profundo de la enfermedad y de la personalidad de quien enferma, de lo que la técnica es capaz de evaluar y de la intimidad que la intuición profesional revela. En esto consiste el nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita³¹.

Este es el modelo de profesionalismo que, conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, hace énfasis en la persona. Contempla el caso personal –que tiene un nombre concreto, el de aquel enfermo– con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, busca hacer siempre lo mejor sin contentarse con lo que está obligado, por normas o legislaciones. Es una ética que encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente –no en la enfermedad– que es la acción propia del médico humanista. Atender al enfermo con competencia, sin perderlo de vista en el carrusel tecnológico. Incorporar los progresos de modo adecuado, ofreciendo lo que de mejor la medicina tiene, de modo personal. Postura y comprensión con las vivencias del enfermo. En una palabra, profesionalismo, que es también el núcleo de la verdadera ética médica.

Y, cabe preguntarse: ¿está funcionando el modo de enseñar ética y la medicina centrada en el paciente? ¿Las iniciativas educativas en este campo son realmente eficaces? Y muy importante: ¿Cómo se hace esto hoy en día, de un modo moderno? ¿Cómo construir este nuevo enfoque humanista sin reimprimir de modo ingenuo humanismos de tiempos pasados con aroma de naftalina? Las preguntas continúan en busca de recursos para enfrentar los desafíos: ¿cómo se enseña y se promueve este modelo de medicina centrada en el paciente? ¿Mediante conceptos teóricos, explorando referenciales éticos y modelos filosóficos? ¿Será esto suficiente para que se incorpore la postura ética que debe impregnar la acción médica en todo su amplio espectro? ¿Cómo aprendemos ética en la vida, en la formación humana y familiar? Con ejemplos, con historias de vida. ¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? No cabe aquí la descripción detallada de diversos programas y asignaturas. Pero lo que es evidente es que el interés por el aprendizaje de una determinada materia es directamente proporcional a su utilidad. La afectividad humana nos abre un panorama que merece una reflexión aparte.

LA EMPATÍA COMO CONDICIÓN NECESARIA: ¿ES POSIBLE ENSEÑAR A SER EMPÁTICO?

Cuidar bien del enfermo supone conocer la enfermedad y conocer al enfermo que la padece. Entre las habilidades que garantizan la calidad de esa relación la empatía ocupa un lugar destacado. Emociones que se educan cuando se frecuentan las humanidades. Emociones que nos aproximan al mundo del paciente para mejor entenderlo. Un arco voltaico que crea un recurso sobre el que se presta tremenda atención en la actualidad: la empatía. La empatía puede representar un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el paciente: un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en cuidado eficaz del paciente.

El término empatía, original del griego *empathia*, significa saber apreciar los sentimientos de otros. Se incorpora en 1918 al ámbito médico como un elemento presente en la relación médico-paciente que facilita el diagnóstico y la terapéutica³². En el contexto de la educación médica la empatía presenta un espectro amplio y variado. Hay autores que la sitúan predominantemente en el ámbito cognitivo, significando el entendimiento de las experiencias y preocupaciones del paciente, aliada a la capacidad de comunicación³³. Otros autores la definen como habilidad comportamental, basada en la dimensión afectiva y cognitiva simultáneamente³⁴. Otros la sitúan en el registro afectivo como capacidad de percibir las vivencias y los sentimientos del paciente.

Estudios recientes demuestran el deterioro que la empatía sufre durante los años de formación médica³⁵. Los estudiantes que, en los primeros años de la facultad, conservan el entusiasmo por ser médico y se muestran sensibles al sufrimiento del enfermo, pierden esa capacidad con el paso del tiempo^{36,37,38}. En los años finales de la formación universitaria se crea una cultura de distanciamiento del enfermo para no implicarse emotivamente. Es, quizá, un mecanismo de defensa que aparta del sufrimiento ajeno delante del cual se palpa la propia impotencia. Esta actitud impersonal compromete la empatía³⁹, desgasta el ideal⁴⁰ y apunta la necesidad de una educación afectiva⁴¹ para conservar la empatía durante los años de formación médica.

Pensar en estrategias educativas en tema tan delicado invoca el recuerdo del estudio singular ya citado¹² publicado hace más de 30 años,

donde se confeccionaba una lista de 87 características deseables en el buen médico. En este estudio se mezcla de modo elegante la importancia de cada una de las características con la facilidad o no de enseñarla. A modo de ejemplo, el autor –por cierto, cirujano– comenta que se siente capaz de enseñar durante los años de formación cómo se practica una laparotomía exploratoria, pero no está seguro de conseguir enseñar a sonreír educadamente al estudiante de modo que inspire confianza al enfermo. El resultado del estudio ofrece una lista ordenada por importancia y por dificultad de enseñar las diversas características, organizadas según un índice (NTII- *Nonteachable important index*). En lo alto de la lista figuran justamente las características relacionadas con la empatía: comprensión, motivación e idealismo, compasión, deseo de ayudar, entusiasmo por la medicina, dedicación al trabajo. Todas importantísimas, pero consideradas muy difíciles de enseñar.

Estos resultados que, a primera vista, provocan desánimo, pueden ser ajustados por otros datos recientes, ahora en versión neurofisiológica^{42,43}, donde se apunta que la empatía puede ser estimulada a través del ejemplo. Las denominadas “neuronas-espejo”, donde también se modulan la emoción y el comportamiento, se activan cuando perciben las acciones de otra persona, y lo hacen de modo espontáneo involuntario, sin integrarse en el razonamiento⁴⁴. Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática^{45,46,47}.

El tema del ejemplo en un escenario de aprendizaje se coloca aquí como posibilidad real, moduladora de la empatía, como prevención de la erosión. El buen ejemplo educa, así como deforma el malo. Los estudiantes y médicos jóvenes son inspirados –para bien, o para mal– por las actitudes que contemplan en sus profesores y formadores. Es el modelo del aprendiz junto al maestro, de corte clásico desde las corporaciones de oficio en la Edad Media. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, calcando los pasos del profesor, permite incorporar actitudes y comportamientos que delinean el estilo profesional futuro⁴⁸.

Es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando⁴⁹. La respuesta emotiva del estudiante, al contacto con la enfermedad, con el sufrimiento y con la muerte, suele ser inadecuada porque está pautada en su propia vulnerabilidad. Siente la impotencia muy de cerca y, habitualmente, no se le da espacio para que la trabaje, para que hable de ella con franqueza. Esa omisión do-

cente –no dar lugar a la discusión que, envuelta en emociones confusas, debería procesar la duda ética– genera en el estudiante una repulsa afectiva, un distanciamiento que, como siempre, encuentra amparo en la técnica. Un amparo insuficiente, una desnutrición ética que hace que el educando utilice la técnica en vez de la empatía para aproximarse al enfermo. En ese momento, la comprensión se transforma en diagnóstico y pronóstico, y el cuidado se convierte en intervención.

El educador tiene que estar atento a estos momentos cruciales donde emergen las emociones del educando, y verlos como una oportunidad formativa. ¿Cómo se puede pretender que el médico comprenda el sufrimiento del paciente si no consigue trabajar sus propias emociones? Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente donde se puedan exponer las angustias, los miedos y las fragilidades; permitir compartirlas y trabajarlas con esmero docente para así promover la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

El ejemplo que promueve la empatía evoca también las posibilidades que las humanidades ofrecen en el contexto de la educación médica. El arte, que imita la vida, ofrece situaciones variadas donde el alumno es capaz de incorporar las características “difíciles de enseñar por los métodos tradicionales⁵⁰”.

EMOCIONES Y AFECTIVIDAD: UN RECURSO METODOLÓGICO POSIBLE

Los cuestionamientos éticos vienen con frecuencia envueltos en emociones. Son dilemas que tocan nuestra afectividad, nos afectan, mueven nuestros sentimientos. Se requiere creatividad para abordar nuevos paradigmas de enseñanza, aunque esto nos obligue a explorar nuevos territorios. La dimensión afectiva –educación de las emociones– se presenta con particular destaque en los días de hoy, cuando de educar se trata. Las emociones no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son un elemento esencial del proceso formativo. En el moderno contexto cultural se puede afirmar que las emociones son como la puerta de entrada para entender el universo donde el estudiante transita, se mueve y, consecuentemente, se forma. Las emociones

juegan un papel importante en la vida de los estudiantes de medicina. Ellos tienen que manejarse no sólo con sus propias emociones, sino también con las de sus pacientes⁵¹. Se necesita creatividad para hacer frente a los nuevos paradigmas educativos, aunque esto nos obliga a entrar en un territorio hasta ahora poco explorado.

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 más tiene que ver con el amor que se ponga en educar, que con razonamientos especulativos. Partiendo de esta experiencia, Ruiz Retegui⁵², en su ensayo sobre la belleza, comenta un dato de la cultura vigente: hoy se practica un culto a la estética desvinculado de los otros valores propios del ser, de lo que clásicamente se conoce por trascendentales. Mientras que en los clásicos lo bueno, lo bello y lo verdadero aparecen siempre unidos, se respira hoy el divorcio de estos conceptos. Se habla de estética, de belleza, sin atender a la verdad. Tal vez por esto, cuando de educar la sensibilidad se trata, surge la duda –casi miedo, diríamos– con la que muchos educadores se debaten, de si no sería un riesgo educar la sensibilidad, trabajar las emociones, mientras que los otros valores (el bien, la verdad) permanecen difuminados, son conceptos ambiguos. Se prestaría atención a lo que es bonito estéticamente, sin atender a si es o no verdadero. ¿No se estaría promoviendo, de este modo, una educación ficticia, superficial, que no alcanzaría el núcleo de la persona, capaz de fomentar valores y actitudes? ¿No estaríamos dejando la verdad en un segundo plano y nos guiaríamos, sin más, por lo que es estéticamente agradable?

Este mismo autor nos ofrece una explicación oportuna. 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 o incorporar habilidades sin reflexionar, pero no se pueden adquirir virtudes o cambiar las actitudes sin reflexión. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirven 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 toca la emoción”, para después zambullirse en la construcción de valores que además de ser atractivos tengan auténtico fundamento.

¿Cómo se trabajan las emociones en este contexto? Hay que recordar que, en la cultura griega, en la medieval y renacentista el medio principal de educación moral era contar historias⁵³. Contar historias 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 contador de historias” se puede producir lo que Aristóteles denominaba “catarsis”. Una “catarsis” que, si no puede ser vivenciada por la propia experiencia vital, puede ser facilitada por la historia que nos llega en forma de arte. No es, por tanto, función del arte servir de pasatiempo o diversión, sino provocar sentimientos –alegría, entusiasmo, rechazo, aprobación, condena– para configurar el corazón de las gentes. Este, y no otro, era el papel de la tragedia griega, la provocación de la catarsis, entendida con doble significado. Por un lado, provocar una verdadera limpieza orgánica, como si de un purgante se tratase; por otro, y aquí surge la perspectiva educacional, mediante la catarsis es posible colocar “en su sitio” los sentimientos acumulados –emociones– que la mayoría de las veces se amontonan de modo desordenado en la afectividad. Como vemos, la versión educativa ética de “las historias de las abuelas” tiene un referencial teórico clásico absolutamente consagrado.

En el universo de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación. Educar, por tanto, tendrá que contemplar las emociones –nunca ignorarlas– y 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 construcción afectiva que la cultura actual impone.

Educación sentimental, educar los sentimientos. Una propuesta ambiciosa que debe ser convenientemente pensada para entender el papel del educador. Un papel novedoso, ya que los sentimientos del educando no dependen en absoluto de la voluntad docente del educador. Los sentimientos, en rigor, no se educan; se promueven, se aprecian, se enseña cómo saborearlos. Todo funciona como un intento donde se muestran los caminos para que el deseo se eduque, como si de una formación del paladar afectivo se tratase.

¿Cómo prepararse para ese desafío educativo? Bien lo diseña un estudio 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 otro⁵⁴”.

Todo este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad de cada persona. 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 agrada, en fin, sobre las emociones– vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es una verdadera Educación Sentimental⁵⁵.

Las humanidades, incorporadas en el proceso formativo académico, constituyen un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional, que es justamente lo que el paciente nota mejor, y sobre la que hace recaer sus solicitudes. El paciente quiere, sobre todo, un médico educado, esto es, alguien que no tenga solo conocimientos técnicos, sino que sea capaz de entenderlo como un ser humano que tiene sentimientos, que busca una explicación para su enfermedad, y requiere respeto y amparo en su sufrimiento⁵⁶. Para trabajar con estas realidades las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Ya decía sir William Osler que las humanidades son como las hormonas que catalizan el pensamiento y humanizan la práctica médica. Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica crear una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender.

HUMANIDADES EN VERSIÓN MODERNA: UN CAMINO PEDAGÓGICO PARA EL HUMANISMO

Vivimos sumergidos en una cultura en la que predominan las emociones y las imágenes. La comunicación rápida, online, en tiempo real, es presidida por la imagen. Imágenes impregnadas de emoción, esa es la primera página de la comunicación actual, un proceso que hay que reconocer y, en la medida de lo posible, incorporar en los escenarios docentes. Cuando la enseñanza incorpora esta cultura como vehículo para transmitir contenidos y, más importante, actitudes, el aprendizaje de memoria afectiva se torna atractivo y hasta encantador. Es posible hacer advertencias muy serias en relación con las actitudes éticas y con el comportamiento cuando el docente es creativo y lo dice de un modo original. Lo que en una clase de bioética puede resultar indigesto y despertar animosidad, fluye con facilidad cuando quien lo dice y enseña es, por ejemplo, un actor de cine^{57,58}. La búsqueda metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concreta en diversas iniciativas que integran las humanidades en el proceso de educación médica. Las artes y las humanidades son recursos clásicos para construir una perspectiva humanística en la acción clínica⁵⁹.

Los recursos humanísticos, la literatura y el teatro⁶⁰, la poesía⁶¹, las narrativas o historias de vida⁶², la ópera⁶³ componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa y a educar sus emociones. Todavía con pocas referencias en la literatura, surgen ensayos para educar las emociones y trabajar la empatía, con la música popular, con las canciones⁶⁴. La interacción con la melodía y con la letra –eso son las canciones populares– despiertan en el estudiante su mundo interior, le permiten que hable de sí mismo y que explicita sus dudas y expectativas y la búsqueda de los ideales profesionales. Es evidente que todo ese mundo interior está presidido también por las emociones, por la memoria afectiva que, en el escenario docente, reconoce la necesidad de ayuda para formarse. Educar las emociones y promover la empatía con la utilización del cine en la docencia⁶⁵ está alcanzando resultados promisorios en los últimos años. Las experiencias educativas se acumulan y merecen una consideración aparte.

EL PODER PERSONALIZADOR DE LAS NARRATIVAS

El abordaje convencional mediante la amplia gama de procedimientos disponibles para el análisis de casos resulta a menudo muy útil, sin embargo, hay detalles específicos de la relación médico-paciente que, siendo sustanciales, no son contemplados y permanecen invisibles⁶⁶. La insatisfacción es mayor en el caso de los estudiantes en prácticas clínicas, que además de molestos se sienten decepcionados. Son las exploraciones, por poner un ejemplo, de un paciente con hepatomegalia practicadas por una decena de estudiantes consecutivamente; o el paciente diabético que se niega a utilizar insulina y que encuentra una actitud hostil y amenazadora por parte del médico que no respeta su autonomía. O la tan común como difícil comunicación con el paciente que está fuera de posibilidades terapéuticas, la transmisión de noticias que pueden amputar la esperanza. ¿Será mejor dejarlo en la ignorancia para evitar crisis? Como anota el escritor de una conocida obra, “los esfuerzos heroicos que los médicos realizan para prolongar la vida de pacientes gravemente enfermos, no sabemos si interpretarlo como actitud salvadora o torturadora⁶⁷”. Los progresos alcanzados por la moderna tecnología y por la ética regulada por normas quizá ha acentuado, en vez de disminuir, las dudas e incertidumbres de la vida cotidiana⁶⁸.

La medicina narrativa es uno de los caminos adoptados para salvar las limitaciones que el modelo biomecánico genera en forma de dilemas éticos. El estudio de historias reales o de ficción se convierte en importante recurso para el entendimiento de las cuestiones éticas, cuestiones esas que a menudo afectan profundamente las emociones y sentimientos. Y la contribución de la narrativa para la medicina centrada en el paciente se da por medio del contenido de las historias y a través del análisis de su forma. Es decir, importan las historias que se cuentan, cómo se cuentan y por qué es importante contarlas⁶⁹.

Desde hace más de cinco décadas existe un movimiento médico que busca trascender el modelo biomecánico para llegar a un modelo biopsicosocial y espiritual. Es el método centrado en la persona, no en la enfermedad⁷⁰. Es dentro de este modelo donde se encuentra terreno fértil para que la ética médica germine y se extienda después a todas las especialidades. En este contexto, las narrativas que surgen en los escenarios docentes representan un papel importante en la enseñanza ética por-

que permiten contemplar al paciente en su totalidad. Y por totalidad nos referimos a sus dimensiones física, mental, emocional, espiritual, cultural y social; y, también, a cómo todas estas dimensiones influyen en los procesos por los que se instala la enfermedad, así como en la cura, o en la paliación de la misma. Aunque el modelo intitulado medicina narrativa⁷¹ (MN) o medicina basada en narrativas⁷² (MBN) se ha estructurado y fortalecido más recientemente, médicos de todos los tiempos que reconocen la importancia de una buena relación médico-paciente ciertamente han incorporado un enfoque narrativo en su práctica clínica.

Por otro lado, textos literarios han sido introducidos en los currículos para fomentar la clarificación de temas difíciles y la discusión ética en las escuelas de medicina norteamericanas desde los años 1970⁷³. Las narrativas literarias proporcionan oportunidad de reflexionar sobre temas como el dolor, el sufrimiento y la muerte, que son parte de la vida cotidiana del médico y que, por los motivos antes comentados⁴⁹, difícilmente se abordan en el currículo oficial. El contacto con estas cuestiones, aun tratándose de ficción, prepara al médico para enfrentarlas en su día a día⁶². De hecho, el trabajo con las narrativas de ficción también integra el modelo de la medicina basada en narrativas.

Escuchar atentamente las historias de los pacientes –aun tratándose de aspectos que en apariencia no influyen en la historia clínica– tiene un efecto terapéutico de fácil comprobación. Cuando se expresan los sentimientos, las creencias, la visión del mundo –mediante la palabra hablada– delante de un interlocutor empático y compasivo, o cuando se escribe –en prosa o poesía– el enfermo organiza el caos que la enfermedad provocó^{74,75} y encuentra, muchas veces por sí mismo, las soluciones que no conseguía vislumbrar cuando se sentía solitario, cercado por sus problemas⁷⁶.

En los escenarios docentes, el compartir las historias –las de los pacientes, y las vivenciadas por los mismos alumnos al atender a los pacientes– favorece el entendimiento amplio del enfermo, pues se combina el conocimiento biomédico con la dimensión personalista que la historia conlleva⁷⁷. Cuando se trata de pacientes terminales, y de situaciones complejas, las historias están repletas de abundantes cuestiones éticas. Son historias que piden a gritos ser contadas. En este compartir reflexivo los problemas éticos afloran, las emociones y sentimientos incómodos son integrados con mayor entereza, y las decisiones clínicas se abordan con mayor lucidez y eficacia. El efecto benéfico de las narrativas se pro-

duce también en los médicos que como testigos compasivos escuchan con atención: se fortalece la relación terapéutica en la práctica clínica. Y cuando son los médicos los que escriben las experiencias vividas con los pacientes, también sus propias emociones se organizan y, colocadas serenamente en su lugar, contribuyen para construir el profesionalismo ético⁷⁸.

La incorporación del modelo denominado medicina basada en narrativas en la enseñanza de la Medicina, tanto en sala de aula cuanto en escenarios clínicos es esencial para entender al paciente y para trabajar las propias emociones. 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 método. En otras palabras – es necesario escuchar a los pacientes con atención, compasión y empatía y transformar sus narrativas en recursos terapéuticos. 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 las historias de los pacientes deben ser entendidas y evaluadas. La narrativa colabora para la Ética Médica por medio del contenido de las historias y del análisis de su forma; o sea, qué historias son contadas, cómo se cuentan y por qué esto importa. La fuerza de la Ética Narrativa viene del hecho de que puede propiciar un vocabulario que permite interpretar y respetar las historias únicas e individuales de las personas, lo que representa una luz para la toma de decisiones.

Algunas experiencias en escenarios clínicos ilustran los beneficios de adoptarse un enfoque narrativo en prácticas didácticas con estudiantes de medicina y residentes en formación. Es el caso, por ejemplo, de una Clínica Didáctica de Cuidados Paliativos (CDCP) donde tuvimos participamos como supervisores durante cuatro años. La actividad docente estaba dirigida a estudiantes (del primero al sexto año) y a residentes del primer año de Medicina de Familia (MF). Se destinaba a pacientes con cáncer, fuera de posibilidades terapéuticas, encaminados desde el departamento de Oncología, que participaba conjuntamente en el proyecto⁷⁹.

La CDCP representaba un escenario inicialmente muy temido por los estudiantes y jóvenes médicos. Comentaban que no habían sido prepa-

rados para hacer frente a los pacientes terminales ya que el enfoque durante su formación académica se había centrado en aspectos técnicos. Aunque supieran manipular los síntomas que surgían en Cuidados Paliativos (CP), aspectos más sutiles, vinculados con el dolor, el sufrimiento, la muerte y la incertidumbre, o sea, las circunstancias en que la tecnología ya no es capaz de ofrecer soluciones, se mostraban inseguros, y tenían dificultades en manejar sus limitaciones, emociones y sentimientos. Algunas frases de los alumnos ilustran la situación. “Me siento inútil aquí, no hay nada que hacer”. “¿Y si el paciente me pregunta si se va a morir? ¿Qué le digo? Me dan ganas de salir corriendo”. “Durante la carrera no enseñan cómo tratar con el éxito, pero nadie nos explica cómo se enfrenta el dolor y la muerte. Me da pánico hablar con pacientes terminales, no sé qué hacer”. “He tenido poco contacto con la muerte. Habitualmente funcionamos en un ambiente artificial, con mucha técnica como si los médicos quisieran enfrentar el destino con esos recursos. Nada de sentimientos personales, o familiares. Ninguna mención. Ahora me encuentro delante de todo esto y no sé cómo proceder”.

Dadas estas circunstancias, nos pareció que las narrativas podrían ayudar, y añadimos la metodología de la medicina basada en narrativas para complementar la necesaria formación técnica para el control de síntomas. Recomendamos también la lectura en paralelo de obras literarias adecuadas a la situación, como “La Muerte de Iván Ilich”, que se mostró de gran utilidad⁸⁰. En cuanto a los textos de literatura médica, se hizo hincapié en la visión de Frank⁸¹, un autor que se centra en como trabajar con las historias de caos, aquellas de las cuales los profesionales de la salud quieren huir, pues ponen en evidencia una sensación de frustración y fracaso por la falta de posibilidad de una conclusión satisfactoria. Animamos a los alumnos y residentes a que escuchasen a los pacientes y sus familias, con atención y empatía, con el objetivo de desarrollar el potencial paliativo o curativo de sus narrativas. Todos estaban conscientes de que, a pesar de que tenían que lidiar constantemente con historias de caos cuyo único fin probable era la muerte, aún podrían cumplir con el loable objetivo de proporcionar comodidad a los pacientes y ayudarles a morir en paz. No podemos olvidar que a menudo morir en paz puede ser la verdadera curación.

Observamos que la interacción de los estudiantes y residentes con pacientes terminales y sus familias hizo con que los alumnos también creasen sus propias narrativas de caos. Así siendo, concluíamos siempre las

actividades prácticas de la CDCP con un grupo de discusión y una sesión de escritura reflexiva⁸² –otro de los elementos de la MBN. Los participantes tuvieron oportunidad de compartir sus propias historias de caos –los miedos y recelos que relatamos anteriormente– y de este modo integrar y aclarar las situaciones experimentadas, integración esta también facilitada por la lectura de las obras literarias recomendadas. Relataron haber tenido un aprendizaje satisfactorio y sorprendente a partir de los relatos compartidos, tanto de los propios como de los de los pacientes y sus familias. Además, señalaron que, gracias a esta última actividad, la función terapéutica de la narrativa ejercida con los pacientes, de algún modo se extendió a ellos mismos. La impresión final es que los participantes mejoraron su capacidad de enfrentar las cuestiones relacionadas con el dolor, el sufrimiento y la muerte. Llegaron a tratar estos temas con cierta facilidad, aunque con gran respeto, entendiendo que son inherentes a la condición humana. Con el paso del tiempo, su rendimiento clínico ha mejorado notablemente y la clínica que tanto se temía inicialmente se hizo muy popular.

Otra experiencia que merece destaque fue la de narrativas literarias, con estudiantes de medicina que se iniciaban en la práctica clínica. Promovimos la lectura y reflexión de la obra literaria antes comentada⁸⁰, y solicitamos que realizasen, como ejercicio de casa, una escritura reflexiva, haciendo hincapié en el impacto de la lectura en los siguientes aspectos: relación médico-paciente, la muerte y el morir y otros temas relacionados con la práctica de la Medicina que les ocurriesen. Después de realizar sus actividades clínicas, los estudiantes tenían la oportunidad de compartir la experiencia de lectura, sentimientos, opiniones y preocupaciones suscitadas en los ejercicios de escritura reflexiva. Esta actividad complementaria fue supervisada por un profesor. A lo largo de las semanas surgieron temas complejos que a menudo son ignorados durante la graduación: necesidad de combinar conocimientos técnicos y humanísticos, la vida real que está más allá de la Medicina, cómo en situaciones difíciles y gestionarlas. Los resultados fueron analizados cualitativamente y publicados en su día⁸³.

Las acciones pedagógicas que incorporan las narrativas, de modo sistemático como se configura en la MBN, o de modo informal y creativo, muestran los beneficios docentes. Es un recurso eficaz que promueve una formación médica centrada en el paciente, donde el cuidado amplio e integral de la salud, aliado a la compasión y la empatía, y con espacio

para educar las emociones del alumno, tienen lugar propio y terreno fecundo⁸⁴.

La dimensión humanística que proporciona la medicina narrativa hace aflorar los sentimientos contradictorios delante de un futuro amenazador, los silencios y las sonrisas en compás de espera, advertencias de que atender los dilemas éticos –la ética encarnada en alguien que sufre y que está ahí delante de nosotros con cara de interrogación– requiere más que principios deontológicos: es necesaria una ética narrativa, que nos permite ayudar al enfermo, y también crecer como profesionales. Porque son las historias de vida de nuestros pacientes –que vamos aprendiendo a escuchar, afinando el oído– la pista de despegue para nuestras propias reflexiones.

LA REFLEXIÓN QUE NOS LLEGA CON LA MÚSICA Y LAS CANCIONES

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. Y esto no solo en lo que a educación se refiere, sino en el propio modo de ver –casi diríamos de sentir– la vida. Predomina una cultura de la prisa, donde apenas queda espacio para la reflexión. Las personas se refugian en la velocidad, son empujadas a vivir el presente, y por la prisa no consiguen frecuentar el pasado. Un contexto cultural de lo fragmentario, de lo rápido y sensorial, que se traduce en actitudes que priorizan lo inmediato y la impaciencia. Diariamente comprobamos el hábil manejo de teléfonos móviles, iPad, Tablet, durante las clases y en los momentos más inverosímiles, donde los estudiantes buscan información, actualizan sus redes sociales, se comunican.

Contemplar este panorama desde una perspectiva educacional se traduce en una advertencia: la realidad que se nos presenta –saturada de emoción e imagen sensible– no significa que el razonamiento y la comprensión intelectual no sean 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, a menudo, habrá que pasar primero por las emociones

como una puerta de entrada para posteriores construcciones lógicas y especulativas.

La música es un recurso hasta ahora muy poco utilizado en educación médica. Quizá porque tiene características únicas que lo vinculan a una cultura peculiar, al folclore de cada uno. Pero esas mismas características que, sin duda, no son tan reproducibles globalmente como el cine y la literatura, tienen al mismo tiempo una fuerza especial cuando se trata de abordar temas de emoción visceral, aspectos todos que penetran con eficacia en el universo emocional del estudiante. Esto permite introducir cuestiones que, abordadas teóricamente, requerirían mucho tiempo: compasión, tristeza, pérdida, cuidado, dignidad. Es un verdadero atajo para provocar emociones.

La música posee características únicas y es un vehículo privilegiado para expresar los sentimientos. Tiene un enorme poder de evocar y despertar las emociones sin nombrarlas, de modo muchas veces intuitivo. La música potencia, acompaña y expresa los sentimientos. La alegría se canta; la tristeza también⁸⁵. La experiencia que tenemos del mundo es, básicamente, emocional. La música es una forma de conocimiento humano, de tonalidad afectiva, y adquiere fuerza educativa. La educación no se resume en transmitir conocimientos sino en un proceso donde germinan sentidos y significados que el educando, con su reflexión, incorpora⁸⁶. La música nos enseña a escuchar, predicado esencial para el médico que debe atender a las palabras del paciente y a los significados encerrados en la forma: cadencia, postura, inflexión, tonalidad.

Aunque hemos desarrollado algún modelo de educación utilizando la ópera⁶³, en nuestra experiencia la educación con la música está representada sobre todo por canciones. Como anota un estudioso⁸⁷, la canción no es sencillamente música o literatura: es el resultado de la relación única y peculiar entre la letra y la melodía, y es justamente esa melodía la que refuerza el contenido de la letra, y lo que le llega al alumno cuando la escucha. Desde el punto de vista educativo, es de muy fácil manejo, pues permite trabajar con pequeños grupos de alumnos, se puede tocar por diversos medios, y consigue transmitir un mensaje en menos de tres minutos⁸⁸.

Las experiencias practicadas permiten que el estudiante escuche sus propios sentimientos y los comparta con el profesor y sus colegas. Es un despertar para emociones que estaban adormecidas, olvidadas, quizá desplazadas por una educación predominantemente técnica. Y entre

ellas, la motivación profesional que, con el tiempo, se ha ido desgatando como ocurre con la erosión que sufre la empatía.

Como cualquier otro recurso educativo, la educación con la música tiene sus limitaciones y fragilidades. Practicarlo de modo habitual exige habilidad, tacto y espacio formal para desarrollarlo. En nuestra experiencia el resultado es positivo porque permite trabajar las emociones vividas y se fomenta la reflexión conjunta, que construye las actitudes que integran el profesionalismo ético⁸⁹.

INCORPORANDO LA ESPIRITUALIDAD EN LA DIMENSIÓN PEDAGÓGICA

Otro universo que está siendo frecuentado por los educadores médicos es el tema de la espiritualidad y su papel en la formación de los profesionales. Olvidada a lo largo de los siglos de enseñanza positivista y científica, resurge ahora con nuevo protagonismo.

Es dentro de las emociones y de los sentimientos dónde se esconde la trascendencia de la naturaleza humana, que se manifiesta en su espiritualidad y que se concretiza en los ritos y devociones de una creencia religiosa. Su influencia en la salud y enfermedad no deben ser ajenos al estudiante que se prepara para un enfoque holístico en la asistencia a sus futuros pacientes. En el paciente, esta percepción no se ha eliminado como fruto de los avances tecnológicos (el sufrimiento empuja hacia la trascendencia); y es muy posible que también se encuentre en el joven estudiante como un componente vocacional que aún no ha sido empañado con el modelo tecnológico que monopoliza las percepciones. El sentido de la trascendencia, manifestada por la espiritualidad y concretizada no necesariamente en religiosidad, abre nuevos caminos de conocimiento que la técnica no sabe recorrer. Caminos que el estudiante tiene que aprender a transitar durante su formación, porque son vías de comunicación con el paciente, y de entendimiento de la persona a la que debe cuidar.

La AAMC (*Association of American Medical Colleges*) la incluye como esencial en la formación de los estudiantes de medicina: “Es preciso advertir a los estudiantes que las creencias y prácticas espirituales y cultu-

rales son elementos importantes para la salud y el bienestar de muchos pacientes. Deben saber que es necesario incorporar esta espiritualidad y las creencias culturales y prácticas en el cuidado de los pacientes en una variedad de entornos clínicos. Y reconocer que su propia espiritualidad, creencias y prácticas, podrán afectar los caminos de relación y la atención al paciente⁹⁰". Se recomienda incluir asignaturas sobre la espiritualidad en el currículo médico, y estimular a que los estudiantes recojan "historias espirituales", donde se intenta relacionar la dimensión trascendente del enfermo con su proceso de enfermar y las posibilidades terapéuticas de intervención. Y, naturalmente, promoviendo con esta perspectiva un mejor desarrollo profesional⁹¹.

EL CINE Y LA EDUCACIÓN DE LA AFECTIVIDAD

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del educando: la cultura del espectáculo⁹². El estudiante llega hasta el educador con una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico.

El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura y se convierte en recurso útil en el espacio de la educación médica^{93,94}. Provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión franca y honesta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva. El cine multiplica la posibilidad de vivir historias, posibilidad ésta que en cada ser humano se encuentra reducida a un pequeño repertorio de vivencias posibles: las que le brinda su vida. Y es que la convivencia virtual –en lenguaje de hoy– amplía las oportunidades y ocurre como experiencia lo que, en su realidad corpórea nunca habría sido posible. Los sentimientos y pasiones descritos en la literatura toman cuerpo en el cine, se vuelven sensoriales: podemos oírlos, verlos, comprenderlos y ser sorprendidos. El cine multiplica estas oportunidades y, por materializarlas, las presenta como elemento formador de las actitudes humanas: el valor, la virtud, las limitaciones, las miserias se vuelven concretas, transparentes, en las historias que el cine cuenta.

Un conocido pensador⁵⁵ que también ejercía como crítico cinematográfico, trae luz sobre las posibilidades educativas del cine. Aunque la cita es larga, no tiene desperdicio. “El cine nos descubre también los rincones del mundo. Gracias a él nos fijamos en los detalles: cómo la lluvia resbala por el cristal de una ventana, como un viejo limpia los cristales de sus gafas; cómo una pared blanca reverbera casi musicalmente; cómo es, de noche, el peldaño de una escalera (...) las mil maneras como puede abrirse una puerta, las incontables significaciones de una silla, lo que pueden decir los faroles (...). El cine hace salir de la abstracción en que el hombre culto había solido vivir. Presenta los escorzos concretos de la realidad humana. El amor deja de ser una palabra y se hace visible en ojos, gestos, voces, besos. El cansancio es la figura precisa del chiquillo que duerme en un quicio, la figura tendida en la cama, la manera real como se dejan caer los brazos cuando los vence la fatiga o el desaliento. Hemos aprendido a ver a los hombres y a las mujeres en sus posturas reales, en sus gestos, vivos, no posando para un cuadro de historia o un retrato. Sabemos qué cosas tan distintas es comer, y sentarse, dar una bofetada y clavar un puñal, y abrazar, y salir después de que le han dicho a uno que no. (...) Cuando hablamos de la pena de muerte no queremos decir un artículo de un código, cuatro líneas de prosa administrativa, sino la espalda de un hombre contra un paredón, unos electrodos que buscan la piel desnuda, una cuerda que ciñe el cuello que otras veces se irguió o fue acariciado o llevó perlas. La guerra no es ya retórica o noticia: es fango, insomnio, risa, alegría de una carta, euforia del rancho, una mano que nunca volverá, la explosión que se anuncia como la evidencia de lo irremediable. Todo esto, y mucho más, lo ha visto y oído el hombre de nuestro siglo, por primera vez en la historia. Lo cual quiere decir que su mundo y su vida, gracias al cine, son enteramente distintos de lo que nunca habían sido. Y esto, precisamente, es lo que quiere decir educación”.

Y concluye, de modo elegante, categórico, magnífico. “He definido el cine hace largo tiempo como ‘un dedo que señala’, que va estableciendo conexiones entre las cosas, que las interpreta sin necesidad de decir nada, que va más allá de la yuxtaposición o coexistencia física de las cosas para unir lo que está junto, y presente en una vida. Asusta pensar lo que sería el mundo actual, sometido a tantas diversas presiones manipuladoras, si no existiera el cine, que recuerda al hombre lo más verdadero de su realidad, lo presenta en su acontecer, y así lo obliga a ver, imaginar,

proyectar, tener presente la ilimitada diversidad de la vida y la necesidad de elegir entre las trayectorias abiertas. No es excesivo decir que el cine es el instrumento por excelencia de la educación sentimental en nuestro tiempo”.

En este punto uno se pregunta: ¿qué tiene que ver todo esto con formación ética, con la empatía y con educar las emociones? La respuesta nos la brindan los alumnos de modo natural. Con inmensa facilidad transportan al ámbito médico las vivencias con que se enfrentan en las proyecciones, aunque la temática médica esté ausente de la mayoría de las escenas. Las escenas proyectadas son de temática humana –muchas veces repletas de fantasía y ficción–, y no es necesario explicar a los alumnos el porqué de la importancia de estos temas en su formación como médicos, pues es algo que inmediatamente descubren, admiten, e incorporan como modelo a seguir.

La cultura de la imagen es metafórica y los alumnos, bien situados en ella, son hábiles lectores de metáforas y descubridores de analogías implícitas⁹⁶. De modo rápido e intuitivo transportan para su cotidiano las escenas con las que se identifican, y las lecciones que de ellas extraen. Las vivencias cinematográficas provocan en el alumno una actitud reflexiva que fácilmente se guardan en el ámbito de la memoria afectiva y estimulan la inquietud por aprender. No hay necesidad de apuntar la moraleja, como en las fábulas, pues la reflexión que esta metodología provoca es un poderoso amplificador que revela las imágenes que están impresas en los negativos de la afectividad. El cine actúa, pues, como verdadero «facilitador» que permite construir y educar en la ética y los valores con eficacia y fecundidad⁹⁷.

Lenguaje de emoción en la cultura de la imagen: he aquí una frecuencia en la que es posible sintonizar con el universo del estudiante. Y con estos nuevos registros de comunicación el educador tiene que repensar su postura. Ignorar las emociones sería ingenuidad; temerlas, por abrigar el recelo de una educación superficial, tampoco parece una actitud creativa. Lo mejor, sin duda, será incorporarlas situándolas en el papel donde pueden ser más eficaces: activando el deseo de aprender como elemento de motivación inserido en una cultura moderna.

Si tuviéramos que resumir el impacto educativo del uso docente del cine sobre las emociones y la promoción de la empatía, lo sintetizaríamos en una frase: provocar la reflexión. Se pueden enseñar conocimientos con libros y artículos científicos, habilidades con la práctica repetida

de técnicas, pero promover actitudes requiere una reflexión previa del educando que estimule la decisión de moldear su comportamiento, donde las emociones y la empatía son constantes de la ecuación ética.

La metodología educativa con el cine, a través de clips de escenas, comentarios y talleres pedagógicos se describe con detalle en otras publicaciones⁹⁸. En todas las ocasiones uno o varios profesores, con experiencia en utilizar la metodología del cine, están presentes como facilitadores de los talleres de discusión. Las sesiones se inician preguntando a los presentes sobre las expectativas que tienen y el motivo de acudir al taller. La proyección de escenas rápidas en forma de clips, acompañada de los comentarios del profesor-facilitador, se sigue por 20 ó 30 minutos. Los comentarios simultáneos a la proyección de escenas por parte del docente facilitador complementan la metodología con un resultado peculiar. No se trata de indicar lo que «hay que ver y aprender» en cada escena, sino que el docente, al reflexionar en voz alta, estimula la reflexión individual de cada participante que, en palabras de los alumnos “aunque no estemos de acuerdo, necesitamos los comentarios, porque nos obligan a pensar⁹⁵”.

En seguida se abre espacio para una discusión abierta e informal, donde los participantes intercambian lo que la proyección les sugiere: sus reflexiones personales, asuntos evocados por las escenas vistas; también colocan las dudas, dificultades y los proyectos que, por un motivo u otro, la sesión de cine les ha traído a colación. Cuando el público presente es muy numeroso, y el tiempo disponible lo permite, las discusiones se organizan en grupos menores para facilitar la participación de todos y, finalmente, se integra todo el público en una discusión plenaria con las conclusiones y los comentarios de cada grupo.

No hay necesidad de presentar al estudiante asuntos explícitos en el ámbito de la actuación y de la ética médica, porque la “traducción a la vida personal y profesional” es inmediata por parte de quien asiste a la sesión. Al final, lo que se pretende no es “leer la cartilla de la actuación ética del médico”, sino promover la reflexión. Un método que tiene raíces socráticas y de cuya eficacia los educadores somos continuamente sorprendidos.

El impacto de esta metodología encierra un aprendizaje intelectual y emocional simultáneo. Los comentarios de los alumnos son de gran valor formativo para sus pares. El docente se sirve para enseñar no solo de lo que dice un actor, sino de lo que dicen los propios alumnos. Una

discusión final plenaria, juntando los pequeños grupos, brinda una posibilidad pedagógica impar, donde las emociones pueden colocarse en una perspectiva realista y accesible: se encierra la metodología con un programa de acción educativa factible. El cine surge como metodología innovadora que puede colaborar en la formación humanística del futuro médico y como apoyo en las iniciativas para humanizar la Medicina¹⁰⁰.

La educación de la afectividad a través del cine es un método utilizado hace más de dos décadas en SOBRAMFA– *Educação Médica e Humanismo*¹⁰¹, para formar estudiantes de medicina, jóvenes médicos y profesores de medicina en congresos, talleres, jornadas de actualización y cursos de educación continuada¹⁰². En los últimos años, ha desarrollado también, en conjunto con instituciones españolas y de América Latina, programas de formación afectiva con el cine en un ámbito de mayor espectro educativo. Así, programas dirigidos a alumnos de colegios y facultades, profesores, gestores de empresas, directores de recursos humanos, escuelas de formación empresarial, y otros¹⁰³.

¿EMOCIONES O VIVENCIAS? EN BUSCA DE LA METODOLOGÍA EFICAZ

La educación moderna que busca la formación integral del médico –el profesional que demuestra competencia científica y perspectiva ética en todas sus acciones– debe construir, por tanto, nuevos paradigmas educativos. Limitarse a transferir información –que está al alcance de la mano, gratis, *on line*– o adiestrar en algunas técnicas bordea la incompetencia docente. Educar significa promover cambios en el ser y en el hacer de los individuos, y la información por sí sola no cambia a nadie. Lo que provoca el cambio es la interacción que el educando tiene con la información.

Igual que la enfermedad no existe “por sí sola”, dado que tratándose de la misma patología cada persona enferma a su modo, revistiéndose de la personalidad de aquel a quien afecta, la competencia profesional –de modo especial en el terreno del profesionalismo y de la ética– no se adquiere por sí misma, acumulando información procedente de clases, cursos, talleres, prácticas y estudio personal de la cantidad ingente de literatura disponible. De ahí el interés por la innovación docente, especí-

ficamente en el arte de la medicina, para conseguir nuevas herramientas que consigan resultados –no únicamente métodos atractivos, centrados en los gustos o las habilidades de los discentes–, partiendo de los objetivos que se quieren conseguir.

Siendo el ser humano eminentemente afectivo, las emociones nos brindan un catalizador de ese proceso interactivo imprescindible para un aprendizaje eficaz. Cuando se reflexiona sobre el éxito de las herramientas que desencadenan emociones (cine, música, narrativas), lo primero que se percibe es que plasman la realidad que se pretende mostrar en instantáneas que llegan a la audiencia y la posicionan de forma inevitable ante lo presentado. Se ha argumentado que se puede estimular el aprendizaje afectivo a través de la evocación de emociones. Es decir, el impacto emocional, además de atrapar la atención de los estudiantes, desencadena la cascada de procesos asociados al aprendizaje.

Esto, que en sí mismo es cierto, probablemente no es la causa principal del impacto educativo, por ejemplo, del cine como recurso pedagógico. Veamos: las mismas escenas visualizadas fuera del contexto educacional probablemente desencadenen las mismas emociones, pero no el proceso reflexivo que permite la adquisición de competencias. Cuando las escenas se emplean en el contexto educativo, de la mano del docente como facilitador del proceso de aprendizaje, que guía y comenta las escenas de acuerdo a un guion –preestablecido pero flexible porque dependerá de cada grupo discente y sus propias y genuinas interacciones entre sí y con el docente–, consigue, no solo despertar emociones, sino desencadenar vivencias. Esto es: experiencias que alguien vive y que, de alguna manera, entran a formar parte de sí mismo, de su carácter, de su personalidad. ¿Qué mejor manera de comprender un concepto, sobre todo si es complejo, o de captar la esencia de una habilidad, una actitud o la dimensión competencial de un problema que vivenciarla, esto es: aprehenderla viviéndola en primera persona? Obviamente, las vivencias son algo mucho más complejo y constructivo que las emociones, porque asimilándolas o partiendo de ellas implican un proceso integrador de conocimientos, actitudes y afectos reflexionados de modo más o menos inconsciente que permiten adquirir experiencia.

Un ejemplo cinematográfico puede aclarar esta cuestión esencial de emociones y vivencias. Veamos la escena de *La habitación de Marvin*¹⁰⁴. La hija que, ahora con leucemia, ha gastado su vida cuidando a su padre con demencia, logra distraerlo y calmar su agitación con un juego de lu-

ces provocado por un espejo: le llega a arrancar una sonrisa. Mientras tanto, la otra hermana, siempre distante, se aproxima con las medicinas. El impacto de la escena que contempla arranca lágrimas de la protagonista y del espectador. Es en este momento cuando la intervención del docente, que comenta en voz alta la escena, puede transformar la emoción en vivencia. Un comentario que apunta la poca técnica que hace falta para hacer sonreír a un anciano demente y agitado, y lo mucho que exige de compromiso y dedicación. El arte, representado por el juego de luces con el espejo, supera a las medicinas convencionales que la otra hija le trae. La escena, que se contempla en conjunto –la audiencia entra en sintonía con la emoción– provoca conmoción, quizá lágrimas. Pero es la habilidad del docente la que consigue que esa emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión en cada uno, se interiorice. El espectador se preguntará, con razón, ¿qué actitud médica es esta que consigue hacer sonreír a un anciano? 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.

Este proceso es el que explica, en la vida, por qué algunas personas maduran antes que otras teniendo las mismas oportunidades vitales. No es el número de experiencias ni la intensidad de las mismas, sino la capacidad de “digerirlas”, de transformarlas en vivencias mediante la reflexión interior lo que nos hace crecer como personas y como profesionales. Por eso nos encontramos con jóvenes que demuestran una madurez ejemplar, y con veteranos profesionales que viven todavía una adolescencia afectiva. No basta, pues, provocar un aluvión de emociones en los escenarios docentes pensando que los sentimientos van a formar actitudes estables. Hay que trabajarlos, conducirlos mediante docentes “enzimáticos” que catalicen la reacción que se cristaliza en vivencias. Algo de esto quería decir Marañón cuando comentaba sobre “el humanismo, ambicioso y al mismo tiempo humilde, que sirve para madurar, para fijar, para hacer prudente y eficaz el instrumento de la profesión¹⁰⁵”.

El conocimiento que se adquiere en sintonía con las emociones –que nos llegan a través del cine, de la música, de las historias de vida con que los pacientes impregnan nuestra cotidianidad– puede forjar las vivencias afectivas; esto es: un conocimiento duradero que, de hecho, nos transforma. Si, finalmente, la reflexión se añade a esta fenomenología práctica de la afectividad, el paradigma educativo moderno surge vigo-

rosamente. Esta sería la función del educador, un verdadero promotor de la cultura que despierta el deseo de aprender, contagia el entusiasmo porque consigue que el estudiante ponga lo mejor de sus esfuerzos al servicio de su propia formación.

Esta reflexión sobre los recursos pedagógicos que las Humanidades nos brindan para educar las emociones es el camino, clásico y moderno al mismo tiempo, para construir médicos centrado en el paciente y no en la enfermedad, en la persona y no limitados a la patología. En definitiva, médicos humanistas. Y es que hoy –como siempre– el médico debe ser humanista si pretende estar a la altura de las responsabilidades que la sociedad le exige. Y tendrá que vivir el humanismo en lo cotidiano, viendo al paciente como persona, considerando su contexto social, familiar, psicológico y espiritual, demostrando sensibilidad, afecto y empatía con el paciente. Y todo en permanente cordialidad y concordia –*cum cordis*–, corazón con corazón en el decir de Ortega. Una postura que implica vivir, en la práctica diaria, la ciencia y el arte de ser médico.

CAMINOS DE HUMANIZACIÓN PARA SUPERAR LAS LIMITACIONES DEL PROCESO SELECTIVO

Con su carácter, suave y modesto, frente a la avalancha tecnológica, las Humanidades –artes en general, incluyendo la literatura, el cine, música, Opera, narrativas– permiten zambullirse en la complejidad, acercarse a esa constante paradoja que es la realidad de la naturaleza humana, constituyendo así un conocimiento vitalista, diferente de los postulados teóricos. La experiencia estética, clásica en la historia de la educación, vuelve a aparecer como una herramienta alentadora delante del difícil desafío anteriormente descrito, para reconducir al estudiante y al médico hasta la persona del enfermo.

Es justamente esta postura del médico, que se presenta delante del enfermo, con conocimientos técnicos actualizados, y abierto para observar, escuchar, e intentar comprender a otro ser humano en su totalidad, contextualizándolo en su biografía y en su realidad histórica y cultural lo que se denomina **humanización de la medicina**. Para que esto funcione hay que tener en cuenta siempre dos factores: la integridad del profesio-

nal, y la persona del paciente. Y cuando de educación se trata, se puede aplicar la misma analogía, con el binomio profesor íntegro cuidando de la persona del estudiante.

La educación médica humanista centrada en el estudiante no es una posición de estancamiento, sino un proceso interactivo de moverse en busca de crecimiento personal. En el proceso, actúan tanto la formación adquirida en cada período de la educación, como la adquisición de conocimientos obtenidos con cada paciente que se está asistiendo. Esta formación humanista no se limita al período de la universidad; se asocia a una amplia coexistencia del ser humano con su entorno, que empezó en la intimidad de la familia y fue construido por una historia de vida. En otras palabras, la integridad profesional es el resultado de los esfuerzos continuos, y se forja en las numerosas circunstancias que ocurren en la vida diaria. “La educación eficaz para la humanización debe comenzar con la educación de las emociones y los afectos, seguir con la educación de la inteligencia, a través de la reflexión, y culminar en la educación de la voluntad¹⁰⁶”.

El aspecto clave de la humanización es una formación centrada en el estudiante y al mismo tiempo dirigida al paciente como persona. Comprender al paciente en su conjunto, armonizando e integrando la visión que utiliza criterios basados en la enfermedad y no en el paciente. Comprender al alumno y acompañarlo en su jornada educativa para que consiga, en la práctica, practicar esta visión integrativa, incorporarla en su modo de ser médico.

Salta a la vista la creatividad que se espera de un educador, y su capacidad de adaptación al universo que le cerca. Y esto requiere del maestro flexibilidad, observación, un continuo repensar su postura y su actuación, que se reflejará en las metodologías educacionales empleadas. Porque un educador trabaja con personas, y no solo con ideas. No se puede partir únicamente de las ideas a priori, sino que es necesario adaptarse a las reacciones que estas provocan en el interlocutor. Y aquí surge el nuevo desafío: educar al compás de la flexibilidad. Un desafío que deberá ser enfrentado si se pretende realmente educar.

EL HUMANISMO EN LA PRÁCTICA

BUSCANDO EL PROFESIONALISMO MÉDICO

Formar al estudiante es tarea que requiere mucho más que sencillos cambios de contenido curricular, con dedicación de más horas al aprendizaje de la atención primaria, a la medicina de familia, o la medicina integral. Es decir, al modelo de medicina centrada en el paciente y no en la enfermedad. La gran cuestión no es el tiempo que se dedica sino cómo se dedica y qué es lo que realmente se aprende. La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que le provocan los modelos—de médico y profesor— con los que se encuentra durante su formación. Cuando el modelo es atrayente, la respuesta es positiva y el alumno asume un papel de protagonista en su propia formación, con espíritu de iniciativa. El alumno tiene que saber qué es lo que está haciendo, por qué lo hace, los motivos de esa inversión educacional y encontrar un sentido en las acciones que les son propuestas como objetivos didácticos. El alumno tiene que aprender a ser médico y a hacer lo que hará el resto de su vida⁴⁸. Independiente del contenido de la disciplina, cuando los profesores demuestran dedicación y se preocupan verdaderamente de sus alumnos —algo que el estudiante sabe evaluar con acierto— se establece una relación provechosa, se crea un vínculo que influye positivamente en el proceso de aprendizaje¹⁰⁷.

¿Qué médico queremos formar? Pregunta que puede parecer retórica pero que se ilumina al formularla directamente, con descaro personalismo: ¿qué médico quiero que me cuide a mí, a mi familia, a mis seres queridos? Si los que nos dedicamos a la educación médica saliéramos del

terreno teórico –tantas veces exigido y hasta impuesto por la academia– y bajásemos del olimpo institucional hasta el campo de batalla de la vida real, las respuestas al dilema planteado serían sencillas, claras, diáfanas. Sin duda, optaríamos por un médico competente, científicamente actualizado, que nos escucha y está atento a nuestras solicitudes, porque demuestra empatía, valores, compasión y sintonía con el dolor ajeno. Un médico que nos conforta siempre, nos cuida con esmero y, cuando es posible, también nos cura. Porque está centrado en el paciente, y no en la enfermedad; el cuidado del enfermo es su objetivo. Sabe que aunque la enfermedad sea crónica, incurable, terminal, su misión de cuidar no es directamente proporcional al éxito terapéutico: no acaba nunca, acompaña al paciente hasta el final¹⁰⁸. Recientemente leí debajo de la firma de una colega que trabaja con cuidados paliativos, la máxima que estampa en todos sus emails: “cuando cuidas de una enfermedad, puedes ganar o perder; al cuidar de una persona, siempre sales ganando”.

Al hablar de este médico “completo y polivalente” estamos sencillamente describiendo lo que hace ya algunas décadas los americanos sintetizaron con el término *professionalism*, que define las características integrales de la excelencia en el ejercicio de la medicina¹⁰⁹. El Profesionalismo es hoy una exigencia en el contexto de la educación médica, algo que los educadores debemos enseñar a los futuros médicos, hoy jóvenes estudiantes y residentes. Un aprendizaje que incluye las competencias específicas de las novedades científicas (que con el tiempo serán substituidas, y por eso la educación continuada es necesaria: lo que, nuevamente los americanos denominan CPD- *Continuous Professional Development*), y otras competencias, las designadas como transversales o genéricas, que estarán vigentes durante toda la práctica profesional, porque no pasan de moda. Son las competencias directamente relacionadas con el Humanismo Médico, los valores y actitudes que estructuran la postura profesional, la credibilidad y la confianza que inspiran al enfermo¹¹⁰.

Las reflexiones sobre el profesionalismo médico, aun aparentando una terminología novedosa, tienen sabor antiguo y clásico. Vale recordar lo que exponía Ortega y Gasset en su clásico ensayo sobre la Universidad antes comentado²². La universidad, proyección institucional del estudiante, debe promover la enseñanza de una profesión para que se pueda practicar con competencia, y la cultura general del universitario, ese modo que nos muestra la postura que debemos adoptar delante del

mundo y de la sociedad. Son las competencias genéricas, transversales, que acompañaran siempre al médico, independientemente del progreso técnico en el que, necesariamente, tendrá que ir actualizándose a lo largo de su vida.

Con otras palabras, pero con el mismo propósito, un pensador italiano actual subraya estos conceptos en una publicación, tan breve como provocadora¹¹. Promover el profesionalismo –competencia y excelencia– no significa formar técnicos. Ningún oficio se ejercerá de modo competente –dice Ordine– si las competencias técnicas no están subordinadas a una formación cultura mas amplia que estimule a cultivar el espíritu. Y añade, en cita larga pero succulenta: “el cultivo de los clásicos, de lo superfluo, de aquello que no supone beneficio nos ayuda a resistir, a mantener viva la esperanza, a vislumbrar un rayo de luz que nos permitirá recorrer un camino decoroso. La cultura, la literatura, los saberes humanísticos son como el líquido amniótico donde las ideas de democracia, libertad, justicia, solidaridad se pueden desarrollar. Los saberes humanísticos son como la memoria de la humanidad. Prescindir de ellos es construir una sociedad desmemoriada, que pierde la propia identidad”.

Los pensadores –de ayer y de hoy– nos confirman en la necesidad de incorporar la dimensión humanística en la enseñanza del profesionalismo. Por eso sabemos que las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículo médico no son propuestas artificiales periféricas –como “pasatiempos” útiles– ya que requieren metodología, sistemática, integración moderna. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente –un verdadero ejercicio filosófico de la profesión– es el reto que se nos presenta, y al que debemos responder con valentía. Ir por delante, dando ejemplo; los frutos vendrán. Es otro recado de Ordine: “El carisma del profesor es lo que nos inclina para una determinada materia. La educación es una forma de seducción, un arte, una vocación más que un oficio. El conocimiento es una riqueza que se puede trasmitir y compartir sin empobrecerse. Al contrario, enriquece a quien lo transmite y a quien lo recibe”.

LA MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE (MCP): UNA METODOLOGÍA CIENTÍFICA

El método clínico de la Medicina Centrada en el Paciente (MCP) es la base de la atención primaria y está estrechamente relacionado con la Medicina de Familia como Disciplina Académica^{112,113}. Es comprensible que, siendo la atención primaria la puerta de entrada al sistema de salud, el foco permanezca sobre el paciente, el enfermo, antes de dirigirse a una patología específica. Y esta postura que, para los médicos que trabajan en atención primaria es esencial –ser el médico de aquella persona antes de ser el médico de determinada enfermedad– configura un abordaje que en los días actuales se torna necesario en el campo de la Educación Médica. En pocas palabras, se podría decir que el *modus faciendi* de los médicos de familia, centrados en la persona, constituye un objetivo primordial e imprescindible para formar mejor a los estudiantes de medicina, independientemente de cual vaya a ser la especialidad escogida.

Enfrentamos un desafío educacional que no es pequeño. Crear un nuevo modelo de médico, con competencia para resolver 90% de los problemas que surgen en el escenario de la atención primaria, con conocimientos de prevención y promoción de la salud; un médico que sea capaz de cuidar de todos los individuos independiente de sexo, edad, condición social y de la patología que les afecte, de modo continuado, amplio, integrando factores biológicos, psíquicos y sociales; un profesional que esté atento a lo individual integrándolo en lo colectivo, que cuide de familias y comunidades sin descuidar las necesidades de cada persona; un cuidador que es al mismo tiempo educador en salud y que se gana la confianza de las gentes, fabricar este médico implica un cambio de paradigma educacional en el ambiente académico universitario.

La Universidad, como promotora de ideas y vanguardia de la evolución científica promueve el desarrollo de los estudiantes en competencias basadas en avances tecnológicos. Pero en muchas ocasiones descuida el humanismo médico, lo que a la larga implica en olvidarse de la persona del enfermo mientras navegan en la jungla tecnológica, seducidos por los imprescindibles y necesarios progresos científicos. Igualmente, no se presta la suficiente atención a la formación del estudiante sobre los dilemas éticos y al tema desafiador de la educación emocional de los futuros médicos. Estos aspectos son cada vez más sentidos por los

pacientes que manifiestan su descontentamiento y no se sienten convenientemente cuidados. Y son justamente estas deficiencias que presenta la educación médica, las que constituyen una oportunidad para los médicos de familia como profesores pues les brindan la posibilidad de ilustrar conocimientos y, sobre todo, actitudes que pueden ser enseñadas por médicos familiares competentes en postura colaborativa para formar médicos científicamente competentes y humanistas.

Este papel de los médicos familiares inseridos en las instituciones académicas implica una postura de colaboración con los demás profesores 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 apunte el rumbo académico y la colaboración específica de los médicos familiares en la formación de los futuros médicos. Los principios de la Medicina de Familia representan valores indispensables para hacer de los estudiantes médicos completos, y pueden destilarse en el mismo proceso de enseñanza y aprendizaje, en diversos contextos curriculares. La Educación Médica Centrada en el Paciente es, sin duda, uno de los campos fértiles donde la colaboración de la medicina de familia es esencial, recordando siempre que el objetivo de esta colaboración no es promover vocaciones de médicos familiares -que ciertamente las habrá- sino formar médicos mejores, que tengan al paciente como foco de su acción profesional¹¹⁴.

Visualicemos rápidamente los principios y horizontes de actuación de la medicina familiar, para hacernos una idea de estas posibilidades estratégicas en la docencia de la MCP.

MODELOS PARA CONSTRUIR LA MCP: LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR

Esta reflexión transcurre por lo que podríamos llamar los cuatro pilares de la Medicina de Familia¹¹⁵ –Atención Primaria, Educación Médica, Humanismo y Formación de Líderes– que son simultáneamente apoyo y norte de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de los valores, y estrategias de actuación; son combustible y engranaje que per-

miten el funcionamiento de lo que con expresión feliz se denominó el idealismo práctico de la Medicina de Familia.

Atención Primaria, el primero de los pilares de nuestra reflexión, es la puerta de entrada al servicio de salud, el primer contacto del enfermo que, sin saber lo que tiene, quiere un médico que le cuide y oriente. Como decía un viejo profesor, somos los médicos de “sentirse mal”. Cuando las personas tienen dolor de cabeza consultan al neurólogo; si sienten dolor en el pecho, buscan al cardiólogo; y el traumatólogo es consultado cuando el dolor es en la espalda, o quizá el reumatólogo. Pero si se sienten mal, nos consultan a nosotros. Basta sentirse mal, o quizá estar con miedo de sentirse mal, o estar asustado porque un conocido se sintió mal.

Estar abierto para cualquier consulta y con disposición para “lo que va a entrar por esa puerta”, como decía un colega también médico de familia, no es una simpleza sino la postura correcta para actuar competentemente en Atención Primaria. Sabemos que las cosas comunes son corrientes, y las molestias raras se presentan muy de tarde en tarde. También sabemos que los síntomas iniciales de lo complejo y lo sencillo se entrelazan y confunden al inicio de las enfermedades. Los médicos familiares se sienten confortables tratando y cuidando, al tiempo que esperan la evolución del síndrome, sin inquietarse con la falta provisional de diagnóstico o el retraso de unos análisis y la precisión de anatomía patológica.

Hay quien no consiga actuar sin tener el diagnóstico, o piense que es peligroso para el enfermo. “Usted dice que casi la mitad de los enfermos que le consultan la primera vez salen sin diagnóstico –me dijo un estudiante cierta vez. Eso es muy peligroso, ¿no?”. No me dio tiempo de contestar: lo hizo un compañero, médico de familia con experiencia que estaba a mi lado: “No te creas, joven. Lo peligroso es colocarle el diagnóstico a la primera”.

¿Y cómo se enseña esta postura abierta y confortable, que convive con la incertidumbre mientras cuida con cariño del enfermo? Es la pregunta que surge al contemplar el panorama absolutamente fragmentado de la educación médica universitaria¹⁶. Esto nos introduce en la segunda cuestión que contribuye a definir nuestra identidad. La Educación Médica es el segundo pilar sobre el que se apoya la Medicina de Familia. Los motivos históricos son claros y comprensibles cuando se piensa en el proceso de instalación de la Medicina Familiar como ciencia y como especialidad.

La construcción académica de un nuevo paradigma de práctica médica –centrada en la persona, no en la enfermedad– requirió para conquistar credibilidad en el ámbito médico universitario, pensar en el proceso educacional y solicitar la colaboración de educadores y pedagogos.

Fácilmente se comprende el paralelismo que existe entre el paciente y el alumno para el médico de familia como médico y como profesor cuando se recuerda que el objetivo de su actuación es la persona, el ser humano. Esta mirada antropológica –ejerciendo la clínica y enseñando– introduce el tercer pilar de la Medicina de Familia en nuestra reflexión: el Humanismo Médico. Humanismo no es dar soluciones filosóficas a las enfermedades, como una fuga de la competencia científica. Humanismo no es cultivar un diletantismo que adorne, superficialmente, una práctica médica mecanicista. Humanismo es, antes que nada, tener presente de modo práctico y real que el objeto de la actuación médica es un ser humano, una persona, aquella persona, única e irrepetible. Y para no olvidar esto, y para conocer mejor la persona en su riquísimo espectro, el médico de familia utiliza todos los recursos necesarios que le permiten un mejor conocimiento del ser humano³¹. Por eso, cultivar las humanidades no es un apéndice cultural, o un hobby, sino verdadera necesidad, como lo son también los diversos saberes técnicos actualizados¹⁷.

El médico de familia se construye en la reflexión humanista, y se afina como especialista en vínculo, como experto en relacionamiento, como conocedor del ser humano que, con frecuencia, enferma y debe ser cuidado. El carácter reflexivo de la Medicina de Familia es una marca registrada que se acopla al tercer pilar de nuestra reflexión. Y practicando lo que con acierto se denominó “ejercicio filosófico de la profesión” crece en conocimiento propio, que es dimensión profunda del verdadero humanismo. Para no olvidar que el otro, el paciente, es un ser humano, es necesario recordar que yo, médico, soy humano y no puedo ni debo abdicar de semejante condición. El ejercicio filosófico de la profesión es lo que los pensadores anglófonos denominan *Reflective Practitioner*, otro de los trazos característicos del Médico de Familia.

La actitud reflexiva que fomenta el conocimiento propio nos conduce hasta el cuarto pilar de nuestra reflexión: la formación de líderes. Instalar un nuevo paradigma de atención médica implica contar con líderes, esto es, con formadores de opinión, con elementos que sepan crear, soñar, ejecutar y convocar seguidores en torno de un ideal. Pero el liderazgo verdadero comienza por uno mismo, supone ser líder de sí mismo, con-

ductor del propio destino. Saber quiénes somos, y qué queremos es condición imprescindible para arrastrar otros e implantar ideas nuevas¹¹⁸.

Necesitamos líderes para poder construir la Medicina de Familia con seriedad^{119,120}. Líderes que tengan orgullo de ser lo que son, médicos de familia, por opción vocacional, porque esa fue su decisión profesional. La medicina centrada en la persona que nuestra especialidad propone no puede apoyarse en una práctica generalista inundada de sentimientos de frustración de quien deseaba actuar en otra especialidad y no consiguió realizarlo. Liderazgo significa entender la grandeza de la misión que nos cabe. Cuidar de personas, en todo el espectro riquísimo que el ser humano nos ofrece, cabiéndonos además ser testigos cualificados de historias de vida no puede convivir con sentimientos de mediocridad.

Liderazgo es saber convivir con todos, agregar valores, ser positivos, promover la ciencia médica al servicio del enfermo, ya que es ese el verdadero sentido de la profesión. Aglutinar los saberes, promover la salud y tornarla accesible a todos, sin distinción de raza, credo, o cultura. Es evidente que para ejecutar todo esto –y, sobre todo, para permitirse soñarlo antes– son necesarios líderes que tengan un entusiasmo apasionado por la Medicina y que hayan sabido hacer de ella una opción de vida. “Ser un profesional –afirma un conocido profesor de ética médica–, es más que ser un técnico. Es algo enraizado en nuestra conciencia moral, pues sólo quien tiene deseo y capacidad de dedicarse a los otros, buscando un bien mayor, es capaz de hacer profesión pública de su modo de vida”¹²¹. Estos son los maestros que, en la Universidad, se convierten en modelos reales y que, entusiasmados con su profesión –sabiendo lo que son y lo que quieren– despierten entre los estudiantes liderazgos futuros, y la continuidad vigorosa del bien hacer médico.

Revistos estos principios –bases teóricas y modos de actuación práctica– es fácil deducir la amplia colaboración que se puede prestar en la educación médica. El médico y profesor que incorpora estas actitudes –que se apoya en esos cuatro pilares– se convierte en un modelo real para los estudiantes de medicina que, al emularle, se sienten transformados en médicos que reúnen la ciencia y el arte médica en su formación académica.

MPC Y LOS CUATRO CUADRANTES DE LA CIENCIA MÉDICA

Uno de los modelos más utilizados en Medicina de Familia para explicar el amplio espectro de la ciencia médica es el de los cuatro cuadrantes, donde se integran las varias dimensiones que son necesarias para una actuación competente del médico. En este modelo se contempla de modo sistemático el conocimiento de las evidencias científicas, el conocimiento de la persona del paciente, y el conocimiento propio del médico que le adviene de la reflexión^f.

De un modo elegante y muy gráfico, los autores sitúan de un lado, la realidad externa. En el cuadrante superior (Cuadrante 3) se incluye el conocimiento de las enfermedades, el estudio de métodos diagnósticos y terapéuticos, las innovaciones tecnológicas, la información precisa basada en evidencias, los criterios para evaluar esas informaciones en forma de ensayos clínicos. En el inferior (Cuadrante 4), es donde se sitúa la aplicación práctica de los conocimientos anteriores, es decir, la población concreta que el médico debe atender. Aquí se incluyen los sistemas de salud –públicos y privados- y la correcta gestión de prioridades, así como los estudios de apoyo: sociológicos, epidemiológicos, y las decisiones de políticas de salud pública. En otras palabras, este cuadrante 4 indica al médico como debe utilizar el conocimiento adquirido en el cuadrante 3 al atender una población concreta de la que se hace cargo.

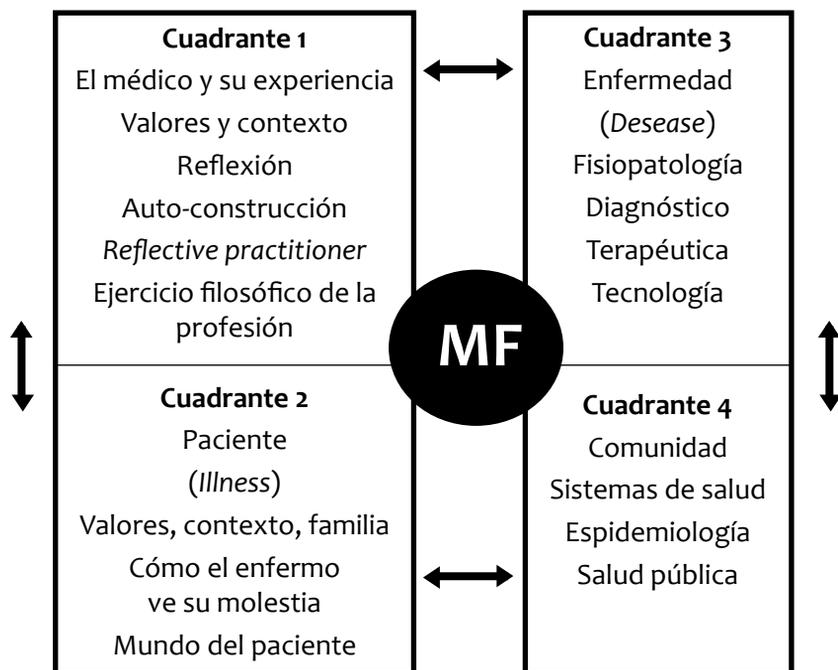
En el lado opuesto, se encuentran la realidad que los autores denominan interior. El cuadrante inferior (Cuadrante 2) comprende el conocimiento del paciente, su contexto familiar, los valores y la vivencia de la enfermedad. Es decir: saber no sobre la enfermedad (Cuadrante 3), sino sobre qué es el estar enfermo. Un discernimiento del mundo del enfermo, de su persona y de sus circunstancias. Finalmente, el cuadrante superior (Cuadrante 1) se refiere al conocimiento propio del médico, que se adquiere mediante la reflexión –*reflective practitioner*– como ya se comentó anteriormente. Una reflexión sobre las propias experiencias y sobre el conocimiento que le llega de los otros tres cuadrantes y lo incorpora para construir su identidad. (Figura 1)

f. Hemos modificado, respecto al artículo original, el nombre y número de los cuadrantes, para relacionarlos con otras publicaciones de nuestra autoría que obedecen a esta adaptación.

Este modelo es muy útil para explicar la filosofía de acción de la medicina familiar –definir específicamente las competencias del médico familiar– y también para establecer patrones de educación médica basados en este modelo, que es el tema que nos ocupa. Analicemos, rápidamente, algunas consecuencias de este modelo.

Figura 1

MEDICINA DE FAMILIA: UN SISTEMA CENTRADO EN LA PERSONA



En primer lugar, es necesario situar la Medicina de Familia en la topografía de los cuatro cuadrantes. Su lugar exacto es en el centro, donde consigue integrar los conocimientos que le llegan de los cuatro cuadrantes. No se podría situar al médico familiar en el vértice externo del cuadrante 3, pues la tecnología de punta no es su competencia específica, aunque mantiene permanentemente un canal abierto para el progreso científico que le llega de este cuadrante y lo incorpora en la medida de sus necesidades. Igualmente, no se debe situarlo en el vértice del cua-

drante 4, donde operan los estudios epidemiológicos teóricos o las correspondientes políticas de sanidad pública, aunque también está abierto e incorpora las informaciones que le llegan de este campo para que su actuación sea eficaz. Con relación al cuadrante 2, el médico familiar aprovecha los conocimientos de los especialistas –psicólogos, educadores, sociólogos– para enriquecer su actuación específica con esta dimensión personalista. Por fin, del cuadrante 1 incorpora el saber que le llega de filósofos, antropólogos, artistas, para enriquecerse como persona y como profesional, transformando la filosofía en idealismo práctico.

El médico familiar, situado en el centro de los cuatro cuadrantes conserva su identidad, y se desplaza confortablemente de un cuadrante a otro, para de todos extraer las informaciones que le son útiles para mejor cuidar del enfermo, de la persona, pues esta es su competencia específica e integradora. Los conocimientos que la ciencia médica produce en los diversos campos, el médico familiar los integra con naturalidad en el momento de tomar las decisiones prácticas para ofrecer un cuidado de excelencia a sus pacientes. La persona es, una vez más, el centro integrador de este proceso y modelo.

Cuando analizamos el modelo de los cuatro cuadrantes dentro del ámbito de la educación médica, la primera conclusión que salta a la vista es que el cuadrante 3 monopoliza la mayoría de los esfuerzos de enseñanza y aprendizaje en las escuelas médicas. Los progresos científicos son tantos y tan variados, que resulta escaso el tiempo disponible para transmitir las informaciones sobre todos ellos. Habría que preguntarse si es realmente necesario abordar todos los progresos o atenerse, de modo realista, a lo que un médico no puede dejar de saber para graduarse de modo competente.

El aprendizaje relacionado con el cuadrante 4 también se ha vuelto problemático. Aunque se presentan a los estudiantes los diversos sistemas de salud, y las políticas de sanidad pública, en muchas ocasiones las informaciones carecen de sentido práctico. Una vez más, el problema no está en los contenidos, siempre importantes, más en el modo como se presentan y en quien es el profesor. Si en el cuadrante 3 se confiaba al investigador la tarea docente provocando una desproporción de informaciones, en el cuadrante 4 se confía al profesional de salud pública que rara vez ve enfermos porque trabaja con datos de población. Y lo que motiva al estudiante es el enfermo concreto, y la posibilidad de hacer algo por él. Nadie se motiva por un sistema de salud, ni por una gestión

de sanidad.

Con relación a los cuadrantes de la realidad interna (cuadrante 2 y 1), el aprendizaje formal en las facultades de medicina está reducido a la mínima expresión. No por mala voluntad de nadie, sino por un descuido que lleva a aprovechar mal el tiempo disponible para la formación, como ya se ha advertido antes. Hay tanta información disponible, hay tanto que estudiar –porque es eso lo que les exigen a los estudiantes en los exámenes– que no queda tiempo para escuchar al enfermo. Y el enfermo es el verdadero profesor del cuadrante 2; nadie mejor que el paciente para enseñar la dimensión personal de la enfermedad: qué es lo que se siente al estar enfermo.

Si el tiempo para escuchar al enfermo es poco, el que sobra para atender al alumno en sus expectativas, dilemas, y motivaciones es nulo. No se dedica tiempo, y tampoco se sabe quién tendría que dedicarlo- para atender a los alumnos en su construcción como personas y como profesionales (cuadrante 1). Los estudiantes viven sus emociones y sus crisis en desamparo académico, crisis que aumentan a medida que notan que la formación que reciben, primorosa en información, no les aproxima del paciente sino al contrario les aleja de él. La insuficiencia de educación en el cuadrante 2 –al fin de cuentas, uno decide ser médico para cuidar de personas- provoca desequilibrios y deformaciones en el cuadrante 1, donde se produce una verdadera erosión ética de valores, se desestructura el relacionamiento que se debe esperar para tratar al paciente, y el crecimiento personal del joven estudiante se presenta repleto de deficiencias.

La falta de respuesta formal académica –¿quién sería su interlocutor universitario para las crisis?–, y el instinto de sobrevivencia lleva a los estudiantes a buscar por su cuenta soluciones al problema. Y no siempre las encuentran, aunque soliciten ayuda de la familia y amigos, e intenten incorporar una formación complementaria externa al escenario de la educación médica.

Las reflexiones sobre el modelo de los cuatro cuadrantes aplicado a la educación médica nos apuntan, pues, un panorama presidido por importantes desequilibrios en la gestión del tiempo de formación, en la cantidad y modo de transmisión de los contenidos, y con serios descuidos en lo que se refiere al cuidado de las personas: del paciente y del alumno. Y es justamente esta situación desfavorable la que se convierte en una oportunidad de colaboración para la Medicina de Familia y para los médicos familiares como profesores¹²³.

MPC Y LA CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO INTEGRADO

El médico de familia sabe que el paciente no se reduce a su enfermedad, pues estar enfermo es una condición, un modo de ser. La enfermedad se encarna en la persona que la padece, y por eso no existen enfermedades sino enfermos. La ya clásica distinción¹²⁴, tan utilizada en medicina familiar entre enfermedad (*disease*) y estar enfermo (*illness*), construye un verdadero puente fenomenológico entre el cuadrante 3 el cuadrante 2, entre los manejos de la patología y el mundo del enfermo. La aproximación de la persona –verdadera antropología médica en la práctica– norteará también la búsqueda e incorporación necesaria de las informaciones que llegan de los progresos técnicos (cuadrante 3) y de las posibilidades que los sistemas de salud ofrecen (cuadrante 4) para cuidar de esa persona lo mejor posible. El atendimento del médico familiar contempla e integra las evidencias científicas con el contexto del paciente¹²⁵, y también lleva en consideración sus propias experiencias como médico, ya que la mayoría de las evidencias se centran en la enfermedad, en el órgano enfermo, y cabe al médico aplicarlas con sabiduría en cada caso concreto para ofrecer un cuidado de calidad a su paciente¹²⁶. Es el médico familiar, con su postura humanística, el verdadero recurso que personaliza e integra la ciencia médica.

Esta actuación práctica del médico de familia se convierte, cuando incorporada al ambiente de formación universitaria, en modelo que auxilia al estudiante a integrar los conocimientos que le llegan de todas las disciplinas haciéndoles convergir sobre la persona del paciente. Los principios y valores de la Medicina de Familia, presentados de modo atractivo, estimularán vocaciones de médicos familiares, sin lugar a dudas; pero también sirven para formar médicos mejores, independientemente de la especialidad que vayan a seguir^{127,128}. Mediante esta integración se consigue el equilibrio necesario para que el progreso técnico no desenfoque el sentido de conjunto; es decir, para mantener el equilibrio de ciencia, técnica, arte y ponderación humilde que desemboca en una postura antropológica, que permite hacer con que el progreso científico le llegue el enfermo de modo personalizado.

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. En palabras de un sabio médico familiar con mucha experiencia docente, 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. Adquirir esos valores es el deseo de cualquier estudiante de medicina, pues están íntimamente relacionados con su despertar vocacional para la medicina¹²⁹.

Las oportunidades que la Medicina de Familia tiene de colaborar en la educación médica son una realidad incontestable. Estudios anteriores han analizado ampliamente este tema¹³⁰. Un documento de hace algunos años, emanado de una Conferencia Histórica convocada por los liderazgos de la Medicina Familiar, también lo advertía y vaticinaba con absoluta propiedad¹³¹.

INTEGRANDO LOS CUADRANTES DEL CONOCIMIENTO: EJEMPLOS DE LO COTIDIANO

La reunión clínico-científica semanal trae a discusión los casos interesantes o, con mayor frecuencia, los casos de pacientes cuyo abordaje y tratamiento suscitan dudas en el médico responsable de sus cuidados. La discusión permite que todos colaboren para una mayor comprensión del caso, se hace posible revisar la literatura médica pertinente y aplicar las mejores evidencias para proporcionar al enfermo el tratamiento más adecuado. Ese modo de proceder no tiene, en sí, nada de novedoso: debe ser el modo normal de funcionamiento de cualquier servicio de atención médica que se preocupe por la calidad en la atención a los pacientes y por el crecimiento científico y la formación de excelencia de sus integrantes.

De repente, surge un caso que levanta dudas, más que las habituales, llama la atención, hace pensar. Se trata de un paciente de 40 años que tuvo 2 episodios de accidente cerebrovascular y al que le ha quedado una hemiplejía como secuela y permanece postrado en la cama. Quien le cuida es su hermana, con quien discute habitualmente, la maltrata y no se deja cuidar; también indelicado con la fisioterapeuta que le atiende

en su casa. Está muy delgado, no quiere comer y, por lo que su hermana cuenta, era un alcohólico que tiene “problemas de hígado”. Parece que la última semana tuvo episodios de empeoramiento franco, como si fuera a desfallecer y, tras solicitar la atención del servicio de urgencias, el médico que se desplazó para visitarlo recomendó que fuera hospitalizado, por la gravedad del caso: “No le doy ni 20 días de vida en esta situación en la que se encuentra. Hay que ingresarlo”. Semejante afirmación dejó los nervios a flor de piel a la hermana, principal cuidadora, que llamó al médico responsable de nuestro equipo.

Volvemos a nuestra discusión. Las preguntas lógicas se suceden: ¿tuvo de hecho un accidente cerebrovascular?, ¿se comprobó mediante tomografía computarizada cerebral? Y la función hepática ¿cómo está? ¿Y las enzimas, la coagulación y las proteínas? ¿Tiene o no cirrosis? Por último, ¿por qué el enfermo permanece en la cama si tiene una hemiplejía que le permite moverse? Son, todas, preguntas lógicas, que proceden... pero está faltando algo en la discusión. Surge la pregunta disonante, algo que no estaba previsto. ¿Un momento! ¿Quién es este enfermo? ¿Qué hace un varón de 40 años, hemipléjico, en la cama? ¿Por qué lo cuida su hermana? ¿No está casado? ¿Por qué no quiere comer? ¿Por qué maltrata a su hermana y recusa sus cuidados, y los de la fisioterapeuta, y la alimentación? ¿Quién es este hombre? ¿Cuál es su sufrimiento? ¿Qué es lo que busca?

Silencio. Reflexión. Las respuestas no van a aparecer en forma de exámenes de laboratorio ni de resultados de diagnóstico por imagen. Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente. Es necesario oír al enfermo; puede ser que no lo hayamos hecho hasta ahora, muy preocupados con los parámetros de la enfermedad, con el sustrato anatomopatológico, y distraídos de quién es el enfermo, la persona que padece todo esto.

Alguien, tímidamente, colabora con una nueva información. “El paciente es casado, pero la mujer le dejó porque bebía. Eso lo contó su hermana”. Otra pregunta viene a seguir: ¿Y por qué la hermana lo cuida? ¿No es casada y con hijos? ¿No vive el paciente en su casa? ¿Y el cuñado –marido de la hermana– qué piensa de todo este asunto? ¿Qué le parece tener un enfermo en su casa, que se pelea con quien quiere cuidarle, y les da trabajo extra?” Nuevas informaciones llegan, lentamente, como con cuentagotas. “La hermana lo cuida porque su madre, momentos antes de morir, la hizo prometer que le cuidaría, porque ‘tu hermano tiene

problemas desde la adolescencia’.

Poco a poco se hace la luz sobre el caso. La madre del paciente, que le cuidó y conocía todos sus problemas –esos a los que los médicos permanecen ajenos, ocupadísimos en ver la presión arterial y la función hepática– esa mujer, que con sabiduría pasó el testigo de cuidadora a la hija y hermana, nos da las orientaciones para cuidar del enfermo. No para resolver el caso, porque no parece que tenga solución fácil, por lo menos de inmediato; pero sí para que le cuidemos, como ella hizo en vida, como ahora hace su hermana. Se debe esperar que nosotros sepamos cuidar del enfermo, de un modo más profesional, con ciencia médica, iluminados por la actitud de estas dos mujeres. ¿Qué es lo que postra permanentemente en el lecho de dolor a un hombre de 40 años, que se presenta sin ningunas ganas de mejorar, que recusa la ayuda que le brindan con sacrificio y con tiempo que se roba a la propia familia? ¿Cómo está su autoestima, y por qué adelgaza a cada día? ¿Quiere vivir? Son, todas, preguntas complejas. Pero son preguntas que el médico tiene que hacerse si quiere, de verdad, cuidar al enfermo. Cuestiones que preparan el espíritu del médico para que sepa sentarse –en una silla, que es en el decir de Marañón, el mejor instrumento humanizador del médico– sin prisas. Y para aprender a oír, escuchar con disposición de acogimiento, y conocer de labios de un casi guiñapo humano la historia de vida que tiene a contar.

La ciencia médica, la medicina de punta, exige un nuevo humanismo. Una postura que sepa colocar en el mismo razonamiento la función hepática y las secuelas neurológicas, con el sentido de la vida; las transaminasas y la albumina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida. Una ciencia que es arte y por eso consigue colocar en la misma ecuación dimensiones tan dispares, que aparentemente no se mezclan. En verdad, están completamente mezcladas en la vida: la protrombina y el desánimo, los neurotransmisores y el cansancio de vivir, los hepatocitos y la indignación.

Todas estas reflexiones son un verdadero zambullirse en el segundo cuadrante, el mundo del paciente. Una necesidad imperiosa para practicar la medicina centrada en el paciente, y a la larga buscar caminos para humanizar la práctica médica. Lo que no siempre significa resolver los problemas, porque algunos –muchos– son insolubles. Penetrar en el cuadrante 2, es ir más allá de los detalles de buena educación -que son importantes también- como llamar al paciente por su nombre, sonreír,

ser amable. Es un ejercicio casi fenomenológico para entrar en el mundo del paciente, e intentar ver las cosas como él las ve. El paciente, que tiene una sensibilidad especial que el sufrimiento le proporciona, quiere a su lado un médico educado, alguien competente y con capacidad de entenderle, como ser humano que busca explicación y sentido para su enfermedad, que encuentra apoyo y alivio para su sufrimiento.

El itinerario por el cuadrante 2, cuando se vive em conciencia, acaba desembocando el cuadrante 1. Para cuidar de otro, es necesario conocerse a sí mismo, practicar el ejercicio filosófico de la profesión. Hay que saber mirar dentro de sí, entendernos para entender mejor a los otros, para saber cómo es la lente que filtrará nuestra visión del mundo ajeno.

El médico –el buen médico célula tronco del que hablamos anteriormente– no es el médico del estómago del paciente, ni de su depresión, ni de su diabetes o artrosis. Es sencilla y tremendamente ¡su médico! Esta sencilla frase con la que nos colocamos a disposición de nuestros pacientes es tal vez la definición más clara de lo que somos y de lo que hacemos. Algo que el paciente entiende a la primera, que busca con más o menos conciencia, que necesita y de lo que se resiente cuando le falta, sin que le sirva de consuelo la técnica más moderna o el creciente progreso médico. Incorporar el progreso científico, certificado por las evidencias de calidad, asimilarlo y digerirlo para llevarlo, en lenguaje comprensible, hasta el paciente, hasta su paciente. Porque lo que más caracteriza la actuación del médico no son las molestias que trata, sino las personas de las que cuida. Una conciencia frente a una confianza, reza un viejo refrán. El paciente deposita su confianza en nosotros y, para honrarla, bueno será reflexionar brevemente sobre nuestra misión.

MÉDICO: ¡CONÓCETE A TI MISMO, CUIDA DE TI PRIMERO!

Esa reflexión fortalecerá nuestra identidad y tornará transparente el contenido de la ciencia que practicamos. Necesitamos, pues, iniciar la aventura en nuestro propio interior, recordando que esta búsqueda tiene que caminar en paralelo con lo que hemos experimentado en la vida real, personal y profesional, por lo que, con eso, nos movemos en el foco

de atención para nuestros pacientes y sus familias.

Como médicos, sabemos que a veces tenemos que renunciar a ciertos compromisos, horarios, presencia de seres queridos debido a las solicitudes profesionales. No pocas veces, esto nos causa malestar o mal humor. Tenemos la tendencia de dividir nuestra vida en dos partes. Somos médicos durante 10 o 12 horas al día, y luego somos padres, madres, esposos, esposas, hijos, amigos. Surge la tentación de apagar el teléfono, y aparcar la responsabilidad. Tenemos todo el derecho laboral a hacerlo... pero acabamos molestos.

El sufrimiento, la angustia es inevitable. Conflictos familiares también. Y recordamos textos humanistas que nos dicen que no, que no podemos estar divididos: “Pero yo te digo que cualquier oficio se vuelve filosofía, se vuelve arte, poesía, invención; cuando el trabajador le da su vida, cuando no permite que esa vida se parta en dos mitades: una para el ideal, y otra para los quehaceres cotidianos, sino que convierte la tarea diaria y el ideal en una misma cosa que es, simultáneamente obligación y libertad, estricta rutina e inspiración constantemente renovada”¹³³.

Cuando dejamos de dividir nuestra vida en dos mitades y la vivimos en su totalidad, nos sentimos más completos. Pero, ¿cómo? ¿Cómo poner esto en práctica? ¿Cómo compatibilizar los deberes familiares con las demandas profesionales, cómo saber con ciencia cierta cuáles son nuestras prioridades? ¿Cómo saber hacerse entender por la familia cuando surgen imprevistos fuera de hora, y cómo explicarle al jefe y al equipo de trabajo que tenemos un compromiso familiar, o que nos hace falta descansar? Esto requiere reflexión, conversaciones, planificación y formación, pero la serenidad que se obtiene sin duda vale la pena. El conocimiento objetivo es a menudo considerado científico y valioso en el mundo de la medicina, mientras que la información, el debate y la reflexión, subjetivo sobre sí mismo o sobre el ser humano se ven a menudo como “suave” y de importancia secundaria. Sin embargo, para el alivio del sufrimiento de nuestro paciente, y para nuestra propia entereza, este conflicto no sólo es falso, sino también un obstáculo.

Es verdad que raramente se llega a tamañas profundidades de reflexión en la práctica médica diaria. Quizá por ese motivo, el dilema persiste, y se buscan soluciones teóricas, desatendiendo el centro real de la cuestión. Quizá también por ese motivo, la fácil tentación del conocimiento creciente nos ocupa distrayéndonos, de lo que debería ser nuestra principal preocupación: el crecimiento personal. Bien lo apunta otro

pensador cuando afirma: “No es difícil entender por qué nos gusta tanto aumentar nuestra capacidad de conocimiento y tan poco aumentar la capacidad de amar. El conocimiento se traduce automáticamente en poder, mientras que el amor se traduce en servicio”¹³⁴.

Son las ideas que, impregnando la existencia del hombre –de nuestro médico humanista– y haciéndose vida de su vida, las que consiguen acabar con esa división, para reglar su vivir en unidad permanente repleta de competencia y de humanismo. Las ideas, y la pasión por vivirlas, es decir, ideas de las cuales nos enamoramos. Y es que el amor por lo que se hace, es fuente verdadera de sabiduría y, en último término, un camino que se abre al humanismo competente. Las palabras siempre precisas de Gregorio Marañón, recordando a los médicos familiares de antaño, lo recuerdan con emoción: “Su sentido de la Medicina era más cordial, más humano que el nuestro. Aún no había desaparecido en ellos, bajo el farrago cientificista, el viejo médico familiar, notario, sacerdote, consejero y supremo tribunal en los pleitos más recónditos en cada casa. Acaso no sabían más que los que les sucedieron, pero es seguro que fueron mejores, y, en suma, hasta más sabios; porque nos hemos ido olvidando de que la sabiduría no es sólo saber las cosas, sino también amarlas”¹³⁵.

EL MÉTODO DE LA MCP: LOS SEIS PASOS

El método de la Medicina Centrada en el Paciente, creado hace más de 20 años por profesores de la Universidad de Western Ontario (Canadá)¹³⁶, defiende la transformación del método clínico de un modelo biomédico para un modelo ampliado. Se proponen con detalle un conjunto de directrices para que el médico tenga un enfoque centrado en la persona. Hoy en día está incorporado en el plan de estudios de varias universidades de todo el mundo.

Como el método está muy bien detallado en la publicación original y en las ediciones posteriores, nos cabe aquí un resumen sencillo de los seis pasos o componentes que colaboran para que el médico, en su práctica cotidiana, mantenga el enfoque clínico centrado en la persona.

1. El primer componente: explorando la enfermedad y el “malestar”

Observamos pacientes con enfermedades graves como la esclerosis

múltiple, y que siguen viviendo sin dar importancia al tema. Por el contrario, vemos a personas con enfermedades menos graves (por ejemplo, diabetes) y la enfermedad está presente todos los días, es un recuerdo permanente. Esto nos hace pensar que una cosa es la enfermedad (disease) y otra el malestar, la sensación de ‘estar enfermo’. Este primer paso nos lleva a reflexionar sobre la experiencia de la persona sobre la enfermedad, sus ansiedades, sentimientos, impresiones y dudas. Se destaca la importancia de observar el comportamiento y escuchar a la persona.

2. El segundo componente: entendiendo la, el individuo y la familia como un todo

En este componente se destaca la importancia de conocer y comprender los antecedentes personales y familiares, y el tiempo de vida de esa persona. Edad, estado civil, condición social, sus condiciones laborales, en fin, ¿quién es esa persona? ¿Cómo está situado en el mundo para poder ayudarlo con su condición de enfermo?

3. El tercer componente: establecer un terreno común

El profesional de la salud debe tratar de establecer un plan común con las metas y objetivos a alcanzar por él, la familia y el paciente. El médico debe ayudar al paciente y su familia para poner en práctica este plan. Con el tiempo, es importante seguir la revisión del plan. En palabras más sencillas: hay que establecer sintonía de lo que se está hablando, de las metas que se persiguen, donde el médico debe funcionar como un aliado –quizá un catalizador– de los objetivos que el paciente y la familia tienen claro.

4. El cuarto componente: la incorporación de la prevención y promoción de la salud

Tiene como objetivo guiar a la persona en la reducción del riesgo de desarrollar una enfermedad y para guiarla en su salud y mantenerse sano. En este componente se destaca la importancia de las acciones educativas con los individuos. El médico centrado en el paciente tiene que ser también un educador en salud. Y es importante subrayar la palabra: educar no significa fiscalizar. El paciente tiene que querer ser ayudado, y suscitar este deseo depende de la competencia del médico.

5. El quinto componente: la mejora de la relación médico-paciente

Es evidente que al llegar a este componente ya se han dado los pasos necesarios que fortalecen y mejoran la relación médico paciente. Vale

invocar el antiguo dicho de que cuando estás enfermo lo que quieres es un médico que te cuide, y a tu madre al lado. También lo que William Osler decía a este respecto: más importante que lo que el médico hace, es lo que el enfermo piensa que está haciendo con él. Es necesario por tanto reafirmar la importancia de la relación del médico con su paciente, donde la interacción entre ellos es fiable, existe respeto y confianza. No es un detalle: es algo esencial que también influye en el tratamiento y en los cuidados¹³⁷.

6. El sexto componente: siendo realistas

Tenemos aquí, en el último paso, un ejemplo de lo que significa el arte médico, algo que nos lleva a pensar que el buen cuidado no es cantidad (de tiempo, de medios) sino calidad (hacer lo mejor posible con lo que tenemos a mano). No por gastar más tiempo con el enfermo se le cuida mejor. Lo que importa es la percepción subjetiva que el enfermo tiene –de nuevo Osler, ‘lo que piensa que estamos haciendo con el’– y al mismo tiempo saber administrar con realismo nuestros recursos, de tiempo y medios. Hay que conocer al paciente (y suponemos que al llegar a esta altura es asunto donde se ha avanzado significativamente), saber sus demandas, establecer prioridades, sopesar sus condiciones sociales y económicas, intuir lo que de hecho ha captado y lo que le preocupa. llegar a un acuerdo, reforzar el plano que se ha establecido en el paso del terreno común. En fin, un factorial del arte médica que se haría interminable de enumerar. Pero algo que es necesario tener en cuenta, para no perderse en quimeras o en posibilidades utópicas, dejando de hacer lo que en buena medida tiene que ser resuelto.

INTEGRANDO METODOLOGÍAS: SUPERVISIÓN DEL DOCENTE JUNTO AL ENFERMO Y AL ESTUDIANTE

Si el médico familiar es un recurso de integración de conocimientos, el paciente concreto es el escenario donde esta integración se realiza en la práctica, y se hace transparente para el joven estudiante. Y en este proceso de aprendizaje el alumno se sabe guiado por alguien cuya preocupación principal es la persona, en el caso, la del enfermo. Entender que quien se preocupa de personas puede ser su interlocutor para ayudarle a

crecer también como profesional y como ser humano es una deducción lógica. El médico de familia, integrador de conocimientos, es también un educador; un humanista que sabe cuidar de personas: de los enfermos, y de los estudiantes. Y son los estudiantes quienes, al ver esos valores encarnados en un profesor, sentirán admiración, ganarán respeto y divulgarán su credibilidad como docentes y como personas en toda la comunidad académica. Es conocido el poder que tiene el dictamen de los estudiantes como formador de opinión en el medio universitario.

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 alumno¹³⁸.

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 alumno¹³⁹. 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.

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 el 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.

La posibilidad de instalar un ambulatorio didáctico de Medicina de Familia, una consulta “de verdad” para el estudiante, con supervisión del

médico de familia-profesor, desde los primeros pasos en la carrera médica, se muestra como recurso educacional innovador que puede orientar la opción vocacional futura del estudiante. Cuidar de pacientes y sus familiares, con continuidad, a lo largo de toda la carrera, es un escenario que motiva mucho al alumno y le hace sentirse médico. Lo que se intenta es promover el cuidado del paciente para, desde aquí, llegar a sus familias y hasta la comunidad. El contacto del estudiante con la población más necesitada le demuestra la necesidad de atender a sus expectativas reales, de cuidar del ser humano, y despierta la reflexión sobre las injusticias sociales, ayudándole a crear respeto hacia los menos favorecidos y, siempre, a hacer aquello que está de su parte como médico.

La carrera de Medicina exige que el estudiante aprenda, en un espacio de tiempo que siempre es relativamente escaso para el volumen de conocimientos que crece sin tregua, enfermedades, sus bases moleculares y patológicas, las posibilidades diagnósticas y terapéuticas más modernas. Y el aluvión de información en la que el estudiante es involucrado –y, todo hay que decirlo, sobre lo que será evaluado– lleva con frecuencia a descuidar, no sólo la evaluación sino el mismo aprendizaje de otras dimensiones que son esenciales para la buena práctica de la medicina. Se aprende mucho sobre las bases de la medicina y su manejo, y se desatiende el aspecto que, con alta probabilidad, fue lo que despertó en el estudiante el deseo de ser médico: cuidar de las personas.

Este descuido –de estudiantes y, sobre todo, de las instituciones formadoras– rinde los resultados previstos. Como acertadamente anotaba Paul Batalden “todo sistema está perfectamente diseñado para conseguir los resultados que de hecho obtiene”¹⁴⁰. No nos puede sorprender, así, encontrar en el mercado de trabajo –en clínicas y hospitales– médicos empeñados en tratar enfermedades, utilizando modernos métodos diagnósticos y terapéuticos, que no dedican la conveniente atención al paciente, que es el protagonista principal del escenario. Y esto no porque se omitan conscientemente, sino porque nadie les ha enseñado a hacerlo, y tampoco a reparar en la persona del enfermo como centro de su ejercicio profesional. No se escucha al paciente, no se les mira a los ojos, y después el médico se queja de que el paciente no sigue sus prescripciones. Es decir: no se inspira la confianza necesaria y se reclama de una supuesta indocilidad del enfermo.

El contacto del estudiante con el paciente, o mejor, con estas situaciones de descuido, provocan en el joven alumno las crisis que le advierten

de la carencia de un elemento esencial en su formación. La dimensión humanística de la medicina es una demanda real del estudiante de medicina. La busca, y no la encuentra. Y lo que a veces se le ofrece mediante iniciativas institucionales espasmódicas –nunca sistemática ni integradas– es una caricatura de humanismo, que desmotiva aún más¹²⁹. Es –nunca mejor dicho– peor el remedio que la enfermedad.

La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que le provocan los modelos –de médico y profesor– con los que se encuentra durante su formación. Cuando el modelo es atrayente, la respuesta es positiva y el alumno asume un papel de protagonista en su propia formación, con espíritu de iniciativa. El alumno tiene que saber qué es lo que está haciendo, por qué lo hace, los motivos de esa inversión educacional y encontrar un sentido en las acciones que les son propuestas como objetivos didácticos.

Un escenario práctico singular para el aprendizaje de la MCP son los cuidados paliativos. El sufrimiento y la muerte, aspectos habituales con los que el médico se depara a menudo, son temas que, paradójicamente, no encuentran todavía un espacio curricular formal. Y cuando presentes, son en su mayoría formatos teóricos. Algo que siempre nos produce perplejidad es cómo se puede pretender aprender a desarrollar cuidados paliativos en clases con *power point*, *multimedia*, en *fórum on line*... sin ver enfermos, sin palpar el dolor y el duelo. Bien apuntaba un colega, cirujano y profesor de ética médica: una cosa es la teoría ética en el aula, y otra la ética de la trinchera, la que nos toca vivir en la madrugada con el enfermo que llega a urgencias! Los dilemas éticos y el profesionalismo que se requiere para resolverlos surgen en la práctica diaria, y vienen envueltos en emociones: las del paciente y las del profesional que le atiende. Nuevamente surge el tema de la educación afectiva para construir el profesionalismo médico, y la contribución de las humanidades como catalizador de ese aprendizaje. La credibilidad docente de esta experiencia es, justamente, la presencia de profesores médicos que transitan confortablemente por los dos mundos: el artístico-humanístico, y el de la vida real, el de la “trinchera”.

Las experiencias docentes aquí relatadas se componen, en su mayoría, de dinámicas con discusiones abiertas, provocadas por textos teóricos o por el propio atendimento 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 confian-

za, más que una sencilla reclamación sobre el contenido curricular. Las quejas de los alumnos son algo de ordinaria administración, pero falta espacio formal para escucharlas y administrarlas, transformando así la reclamación en estímulo donde los alumnos puedan colaborar para mejorar el sistema educativo.

Las experiencias de SOBRAMFA¹⁰¹ 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.

EL APRENDIZAJE DEL ALUMNO: ASPECTOS PRÁCTICOS

Colocar al estudiante en contacto con la Medicina de Familia, en diversidad de situaciones prácticas –junto al enfermo y al médico familiar– y en discusiones teóricas conducidas por los mismos estudiantes que propagan este nuevo paradigma, ha demostrado ser una fuerza renovadora con doble sentido. En primer lugar, con los estudiantes que aprender a integrar en la práctica –en el cuidado de la persona– los conocimientos teóricos variados que aprenden en las diversas asignaturas en la Universidad. En segundo lugar, la renovación acomete al propio médico de familia que, solicitado en continuos cuestionamientos por los estudiantes, se ve convertido en un profesor al tiempo que estimula su autoaprendizaje en busca de información y actualización para atender su función educacional, construyéndose como profesional más competente.

Formar al estudiante es tarea que requiere mucho más que sencillos

cambios de contenido curricular, con dedicación de más horas al aprendizaje de la atención primaria. La gran cuestión no es el tiempo que se dedica sino cómo se dedica y qué es lo que realmente se aprende. La respuesta del alumno es directamente proporcional a la motivación que le provocan los modelos –de médico y profesor– con los que se encuentra durante su formación. Cuando el modelo es atrayente, la respuesta es positiva y el alumno asume un papel de protagonista en su propia formación, con espíritu de iniciativa. El alumno tiene que saber qué es lo que está haciendo, por qué lo hace, los motivos de esa inversión educacional y encontrar un sentido en las acciones que les son propuestas como objetivos didácticos. El alumno tiene que aprender a ser médico y a hacer lo que hará el resto de su vida⁴⁸.

Tomemos un ejemplo de lo que sucede en nuestras clases con los estudiantes de medicina de quinto año: Durante las clases, hablamos sobre el uso de medicamentos. Los que se utilizan para controlar la hipertensión, la diabetes, el dolor y la depresión son las más frecuentes y cuando le preguntamos a los alumnos que podrían decirnos acerca de estos medicamentos, por lo general las primeras respuestas están relacionadas con las reacciones adversas. “Enalapril puede causar tos e hipotensión”, “metformina causa acidosis”, “tal o cual antidepressivo es adictivo y no se puede beber alcohol juntos”, se encuentran entre los comentarios más frecuentes. Y entendemos que el razonamiento del estudiante sigue en esta dirección, porque estaba orientado de esta manera. Al final el estudiante no conoce el modo de distinguir la importancia de los contenidos que se ofrecen, en el caso, en las clases de terapéutica.

Puede ser que nosotros, como maestros, delante de nuestras propias preocupaciones personales, sobre la posibilidad de que el paciente tenga algunos efectos indeseables el fármaco, acabamos enseñando a los estudiantes la “medicina del terror”, la “medicina de la confrontación” o tal vez “de la defensa” contra los pacientes y sus familias. Olvidamos de enseñarles acerca de la posibilidad de un comportamiento peculiar de la persona frente al tratamiento propuesto y resaltamos –quizá sin intención– las consecuencias de una terapéutica que además de no resultar eficaz, acaba causando daño.

Puede ser también que los estudiantes nos lleguen “formateados” de ese modo. ¿Qué hacer para que se invierta esta lógica? Mostrar que nuestra principal preocupación es hacer el bien a nuestros pacientes; que quieren nuestra ayuda y no están entrando en conflicto con noso-

tros los médicos, sino contra su enfermedad y que buscan en nosotros la confianza para seguir adelante en el campo de batalla.

Un profesor tiene que ser positivo, sin necesidad de ser ingenuo. Subrayar el beneficio de un antihipertensivo que reduce problemas cardiovasculares, o un antidiabético que controlando la glucemia previene la nefropatía diabética. Y de los antidepresivos, que colaborar con la química necesaria para que la persona pueda recuperarse –;que la depresión no es falta de buena voluntad, por ejemplo!–, encuentre alivio en sus sufrimientos y pueda volver a trabajar. Todo esto es mucho más importante que resaltar los efectos indeseables que a veces surgen. Hay que conocerlos, pero no pueden ser un elemento que paralice la acción positiva del médico.

Una vez más, el resolver estos dilemas que surgen en la práctica depende de la actitud del profesor, fuente constante de ejemplo. Después de todo, ¿cómo podemos cuidar de alguien sin involucrarnos? Esta participación, que nos lleva al compromiso junto a estas personas. ¿Cómo puede un médico cuidar de un paciente sin involucrarse? ¿Cómo puede un maestro enseñar, impartir conocimientos acerca de algo a alguien, sin involucrarse con el alumno? El estudiante observa las acciones, el compromiso y la actitud del maestro. Y cuando se sienta seguro, con el apoyo de esto, asume el riesgo de tomar decisiones propias con espíritu de iniciativa.

Un ejemplo para ilustrar este aprendizaje del compromiso por parte del alumno. Cierta vez, atendiendo una paciente con enfermedad de Alzheimer, tuvimos que administrar medicamentos para controlar la agitación y la agresividad. Su hija aceptó, pero notamos que faltaba algo, había cierta inseguridad en el ambiente. ¿Y si esto no funciona, parecía decir con la mirada? Estábamos en un ambulatorio público, donde el contacto con el “médico personal” queda naturalmente perjudicado. Le pedí a la hija de la paciente que nos dejara su teléfono y advertí que el estudiante responsable por el caso la llamaría para acompañar la evolución. Pensé, para mis adentros, que sería mucho más fácil que la paciente tuviera nuestro teléfono para comunicarse, pero no quise precipitarme ni comprometer a nadie sin consultarle previamente. Y mientras andaba en estas cavilaciones, para mi sorpresa y contento, veo que el estudiante tomo la iniciativa, y anotó el número de su teléfono móvil al lado de la prescripción. El alumno estaba de hecho centrado en el paciente, y actuó en consecuencia.

El método funcionó no por las explicaciones que yo les había proporcionado, sino porque lo supo incorporar, lo hizo propio. Y al tiempo me formó a mí también, mientras me hacía recordar las palabras sabias de un gran educador, que nos impulsan a romper con la rutina, a ser creativos, innovar y asumir el riesgo del compromiso. “Mi problema inmediato soy yo mismo, y el pacto de silencio que establezco con el sistema y que permite que” lo de siempre “regle mi vida y mis decisiones”¹⁴¹.

Es conocida la filosofía educativa en Medicina de Familia –que se orienta por los principios de educación de adultos– que quiere hacer del alumno un verdadero “socio” de los objetivos educacionales¹⁴². Independiente del contenido de la disciplina, cuando los profesores demuestran dedicación y se preocupan verdaderamente de sus alumnos –algo que el estudiante sabe evaluar con acierto– se establece una relación provechosa, se crea un vínculo que influye positivamente en el proceso de aprendizaje. Este escenario permite al estudiante un aprendizaje durante su formación en diversas áreas específicas, definido por el propio campo de actuación del médico familiar¹⁴³.

Pensando en todo lo que se ha expuesto hasta ahora, con sobrada fundamentación teórica, surge la pregunta inevitable: ¿Cómo se hace todo esto en la práctica? ¿Cómo transitar con calma por los cuatro cuadrantes buscando la integración, cuando hay tan poco tiempo, y tantos pacientes que atender? Si el profesor no está convencido de que esto es posible, difícilmente lo podrá enseñar. Y aunque se esfuerce por desarrollar el modelo teórico, los alumnos palparán su falta de confianza en la aplicación práctica de la MCP, porque, como advierte de nuevo el educador citado, al final “enseñamos lo que somos”¹⁴¹.

Conviene advertir que lo que puede parecer un problema en realidad es la solución. ¿Por qué tenemos miedo, por ejemplo, a permitir que el paciente hable el tiempo que quiera? ¿Quizá porque tenemos poco tiempo? Nada más equivocado. En un artículo publicado hace años, se recogen una serie de referencias interesantísimas para dar un recado sorprendente¹⁴⁴. Se relata una investigación¹⁴⁵ con 335 entrevistas grabadas donde la respuesta a la pregunta del médico ¿qué le ha traído a la consulta hoy?, es cronometrada. El tiempo medio en que un paciente consigue hablar sin interrupción del médico es de 92 segundos. Por otro lado, 77% de los pacientes utilizan dos minutos para relatar “todos sus problemas”, y solamente 2% hablan por más de 5 minutos. Esta investigación concluye que 80% de los pacientes consiguen relatar en 2 minutos los motivos

que les han traído a la consulta. En otras dos referencias, el foco de la investigación es el médico. En una de ellas¹⁴⁶ se constata que el médico interrumpe al paciente en media en ¡18 segundos!, lo que naturalmente hace que el paciente desista de continuar relatando su caso. En la otra¹⁴⁷, conducida entre médicos de familia –teóricamente más atentos a este asunto– el tiempo de interrupción es de 23 segundos.

En resumen: tenemos que aprender a escuchar al paciente. Es algo sabido, pero en la práctica no lo vivimos. Quizá necesitaríamos un reloj de ajedrez para cronometrar el tiempo, dejando que el paciente mueva las fichas sin interferencia. Si el reloj es interior –disciplina, postura, virtudes del médico– y se acompaña de una sonrisa que parece decir “tengo todo el tiempo que usted quiera para escucharle”, estaremos dando los pasos ciertos para mejorar la relación médico paciente. Y ahorrando tiempo, porque, como acabamos de ver, el tiempo se prolonga por ese forcejeo entre el médico y el paciente, donde este quiere contar lo que le ocurre, y aquel no le deja porque vive con una constante sensación de urgencia.

¿Cómo enseñamos esto en la práctica, durante un ambulatorio académico- didáctico? Varios pasos, tan sencillos como necesarios.

1. Antes de llamar al paciente a la sala, hay que leer la ficha clínica, enterarse del caso, por lo menos saber que se ha anotado en las dos últimas visitas. Cuando no se hace esto –porque estamos con prisas– la situación es poco favorable: el paciente delante en silencio, mientras ojeamos la ficha clínica o el ordenador.

2. Dejar la pluma sobre la mesa, o no teclear en el ordenador. ¿Y si se me olvida algo que el paciente me cuenta? Una persona normal consigue recordar una breve historia que suele durar –como vimos– dos minutos. Se puede escribir después. Quizá tomar alguna nota sobre las medicinas y dosis, y nada más.

3. No permitir que el ordenador sea una barrera entre el paciente y el médico, como si estuviera rellenando papeles en un proceso burocrático de un departamento estatal.

4. Mirar al paciente a los ojos, sintonizar con él, lo que implica -de nuevo- quitar las barreras: papeles, pantalla del ordenador.

5. Empezar la consulta con preguntas abiertas: ¿Cómo puedo ayudarle? ¿Qué le trae por aquí hoy? Esto ayuda mucho a establecer las prioridades -el realismo del que nos habla el método centrado en el paciente. Si dirigimos la consulta a la patología del enfermo –¿Cómo está su diabe-

tes?, por ejemplo– y pasamos el resto de la consulta “ajustando las medicinas para el diabetes”, se corre el riesgo de que al acabar el paciente nos diga (si se lo permitimos por las prisas): sabe, doctor, me he sentido triste y desanimado últimamente, sin fuerzas... Ese era el motivo de la consulta, no la diabetes que el enfermo la conoce mejor que el médico, y se ha quedado en el tintero por no darle espacio para hablar.

6. Esta actitud abierta permite responder a la pregunta que, a nuestro modo de ver, tendría que ser la verdadera evaluación del estudiante de medicina: Dígame, al fin de cuentas, ¿Por qué este paciente ha venido hoy a la consulta? Eso es encontrar un terreno común, atender a las expectativas del enfermo, ser realista, y fomentar una relación médico-paciente terapéutica.

Finalizamos intentando un resumen sistemático de estas enseñanzas. ¿Cuáles son los aspectos concretos del aprendizaje que el alumno obtiene cuando se utilizan los recursos educativos anteriormente comentados? ¿Qué se puede aprender en la práctica de Medicina Centrada en el Paciente con estas estrategias?

a. **El contacto precoz con el paciente**, al inicio de la carrera, actúa como verdadero catalizador del proceso de aprendizaje, pues sirve de estímulo que lleva al alumno a buscar la información relevante para cuidar del paciente que le es confiado, al tiempo que el estudiante aprende a integrar los conocimientos que adquiere en las diversas asignaturas. **El abordaje centrado en el paciente, y no en la enfermedad proporciona un aprendizaje integral**, aprovecha a todos los estudiantes, independientemente del año de carrera que estén cursando.

b. **Cuidado integral del paciente**. Los profesores que practican la educación médica centrada en el paciente pueden enseñar a los alumnos de los primeros años, las habilidades básicas con el paciente: semiología, modos de abordar el histórico clínico, como realizar un examen físico dirigido, desarrollar el sentido clínico y la crítica, manejo el diagnóstico y posibilidades terapéutica, sin olvidar un sin fin de cuestiones de carácter ético que surgen en la práctica diaria.

c. El estudiante aprende lo que es **continuidad en los cuidados del enfermo**, aspecto esencial en el abordaje de Medicina Centrada en el Paciente. Si contacto con el paciente no es episódico, o esporádico, con motivo de una enfermedad, sino que se transforma de hecho en el médico de aquella persona, y le acompaña y apoya en sus cuidados en salud,

aunque sea sólo por el periodo correspondiente a los años de formación médica.

d. Manejar enfermedades más prevalentes, como molestias crónicas, y enfermedades con gran impacto sobre la morbilidad y la mortalidad. En estos casos el abordaje centrado en el paciente es esencial para cuidar del enfermo. Los estudiantes desarrollan habilidades específicas para tratar diversas patologías, y reconocer la gravedad o no de cada caso, y la necesidad real de encaminar el paciente a un especialista específico o no. Igualmente existe un aprendizaje específico en prevención de enfermedades.

e. Desarrollar habilidades de comunicación y aprendizaje para trabajar con familias, aspectos que en la formación convencional en las facultades de Medicina no son convenientemente desarrollados y que los médicos familiares tienen todas las posibilidades de enseñar a los estudiantes. Este aspecto pedagógico asume particular importancia en el contacto con los pacientes en Cuidados Paliativos¹⁴⁸.

f. Aprendizaje de Liderazgos, y Gestión. Por ser la Medicina Familiar una especialidad esencialmente humanista, promueve la reflexión y formación de modo que los estudiantes elaboren sus propias opiniones y progresen en el conocimiento propio. Aprender a conocerse implicará en mejor trato con los colegas y otros especialistas, desarrollará sus habilidades como educador, aprenderá a trabajar con jerarquía y prioridades, mejorando su capacidad de manejo y decisión.

g. Formación Humanística del Médico. Una metodología educativa innovadora es la relacionada con la Educación Afectiva del Estudiante de Medicina. La dimensión afectiva –educación de las emociones– se presenta con particular destaque en los días de hoy, cuando de educar se trata. Las emociones del alumno no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son, desde la perspectiva del alumno, un elemento esencial en su proceso formativo. Es en este punto donde el uso de las Humanidades en la Formación Médica encuentra su razón de ser. Las humanidades incorporadas en el proceso formativo académico, son un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. En la convivencia con estas realidades, las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica crear una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender.

h. **Formación Integral como Persona**, ejercitando la ciudadanía, el interés y la dedicación social, aspectos imprescindibles para el futuro médico que es un formador de opinión. De igual modo desarrolla su capacidad como persona que aprende debe madurar continuamente para ser útil y servir a la sociedad con su profesión.

OTROS BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE

La aplicación de la Educación Médica Centrada en el paciente trae también otros beneficios notables. Comentamos anteriormente que el estudiante percibe que el médico centrado en el paciente –abierto a atenderlo en todas sus necesidades– se le presenta como un buen interlocutor, como alguien que también sabrá centrarse en el alumno cuando de educar se trata. Por eso, cuando se aplica este método educativo, se fomenta **una relación profesor-alumno eficaz, que facilita el aprendizaje y transmite confianza** para que el estudiante se desarrolle profesionalmente. Es, al mismo tiempo, un recurso mediante el que el estudiante fortalece el compromiso con la vocación médica: algo que el mucho estudio, el ambiente competitivo, y el ver pocos enfermos a veces queda difuminado en la formación médica.

Otro beneficio innovador es la posibilidad de, aplicando el método centrado en el paciente, **juntar en el mismo escenario docente a alumnos de diversos cursos de la carrera**. Cuando cuidar al paciente es el objetivo de aprendizaje -y no solo elucubrar sobre patologías, terapéuticas y pronóstico, que también acabarán siendo discutidos en su debido momento- el conocimiento técnico es un detalle secundario.

Es posible desarrollar un modelo donde estudiantes de diferentes cursos de Medicina, se congregan en Reuniones de Razonamiento Clínico¹⁴⁹, atienden enfermos, y aprenden la metodología de la Medicina Centrada en el Paciente. Es un modelo ciertamente innovador donde, independientemente del año que el estudiante está cursando, puede tener la oportunidad de cuidar de un enfermo. Algo que podría parecer imprudente, pues el alumno recién ingresado en la Facultad no sabe suficiente medicina. No obstante, debemos reconocer que sabe lo que es una per-

sona –posiblemente ese es el motivo que le llevó a querer ser médico– y ese punto de partida basta para colocarlo en contacto con el paciente.

En este escenario cada uno atiende al enfermo dentro de sus conocimientos, y los estudiantes de años superiores, y los médicos supervisores complementan la exploración clínica, la información necesaria y la tomada de decisiones. El resultado sorprendente es que todos tienen una contribución que dar en este modelo de verdadero “conocimiento construido”. Mientras los estudiantes más jóvenes prestan más atención a la dimensión de la persona que sufre –pues es lo que mejor alcanzan a observar ya que no tienen otros recursos técnicos– y así lo comentan en la discusión conjunta del caso, los estudiantes más avanzados complementan las tomadas de decisiones con los conocimientos específicos de diagnóstico y terapéuticos. Los jóvenes, de algún modo, “recuerdan” a los mayores la importancia de la dimensión humana a la que tal vez estos últimos están menos atentos, por ocuparse primordialmente con la técnica diagnóstica y terapéutica. Y los mayores motivan a los más jóvenes cuando les demuestran la utilidad práctica de los conocimientos de ciencias básicas que el estudiante de los primeros años no siempre consigue vislumbrar. Unos motivan a otros, el supervisor provoca la reflexión, y el paciente motiva a todos.

Cabe advertir al aplicar este método que los más jóvenes observan a los veteranos cuando atienden al paciente. Y cuando son ellos, los de los primeros años, los que atienden al enfermo los veteranos no están presentes en la sala de atención clínica, ni el profesor tampoco. Hay que dejarlos hacer y crear, sentir al enfermo en toda su dimensión, sin preocuparse con la natural carencia de conocimientos técnicos. Después habrá tiempo de suplirlos. Lo importante es no distraer al joven estudiante en su función de cuidador del enfermo, y cuando alguien con más experiencia está presente, esta presencia acaba por preocupar más al estudiante que el propio paciente.

Semejante escenario docente proporciona una oportunidad magnífica para que los estudiantes reflexionen con sus pares sobre las propias experiencias educacionales y se instruyan en lo que denominamos ejercicio filosófico de la profesión. Es la actitud comentada anteriormente (Cuadrante 1) de *Reflective Practitioner*, que despierta el filósofo en ejercicio que todo médico lleva dentro de sí. Esa es la condición indispensable en quien de verdad se interesa por participar activamente en el proceso de cura de sus pacientes, en el cuidado cargado de humanismo

y trascendencia, y es esa la senda que nos conduce al arte médico. La Educación Médica centrada en el Paciente tiene por finalidad tornar esa senda más transparente y accesible.

MCP Y LA FORMACIÓN MÉDICA HUMANÍSTICA: UNA PROPUESTA CONCRETA

Los futuros profesionales deben ser alentados desde el inicio del curso, a través de los planes de estudios que faciliten la integración de diferentes disciplinas para una visión global del ser humano. Incluir profesionales de áreas especializadas con actividades predominantemente técnicas, no dispensa la formación humanística. La humanización de los profesionales, así como la humanización de la asistencia sólo pueden ocurrir cuando hay una humanización efectiva de la persona. Es decir, se necesita que la persona como un todo, como ser afectivo, inteligente y volitivo, se implique en el proceso. Construir este profesional cuajará en diversas estrategias educativas.

Se trata de formar un médico capaz de entender que el paciente no está solo en el mundo y su enfermedad afecta su universo familiar, y que es justamente de esta familia afectada donde le llega el mayor apoyo para superar la molestia, y le proporciona confort y descanso. Un médico que entiende que la práctica de la medicina no es una lucha a brazo partido contra la muerte, sino asistir al enfermo con serenidad y fidelidad en todas sus necesidades. Un profesional que ofrece una atención integral al paciente, le acompaña horizontalmente, sea en el hospital, o en instituciones de larga permanencia, en el ambulatorio y en el domicilio. Un médico que sabe que la práctica de la medicina implica también en la capacidad de relacionarse bien con el equipo de asistencia multidisciplinaria, así como con los otros colegas especialistas cuando sea necesario. Un médico utiliza las pruebas diagnósticas como lo que son, recursos complementarios que le auxilian para proporcionar cuidados de mayor calidad, y por tanto tiene criterio para solicitarlas y para dispensarlas.

Un profesional que tiene, como cualquier ser humano, oscilaciones en su ánimo y disposiciones; que no es un super hombre, necesita conocerse y saber del alcance de sus talentos y limitaciones. Tiene que aprender

a convivir consigo mismo para convivir con los demás; esforzarse por buscar un crecimiento personal que es el mejor antídoto contra el desgaste profesional, que coloca en riesgo su vida profesional y su equilibrio como persona¹⁵⁰.

Un médico competente y actualizado, abierto al progreso, y que no delega en la técnica la atención al paciente, sino que asume integralmente la gestión de cuidarlo, e integra en armonía sinérgica el trabajo del equipo multidisciplinario. Es al mismo tiempo un gestor de recursos, que administra de modo racional y competente, invistiendo donde es necesario, y ahorrando dispendios donde no lo es. Porque la medicina practicada por este profesional no sólo es mejor: también es más barata, porque se gasta sólo lo que es debido. Su postura profesional y la cercanía con el paciente y la familia le acredita no como un controlador de costos de gestión, sino como alguien que inspira confianza; el enfermo y la familia confían sabiendo que hará lo que sea necesario, y convocará la tecnología apropiada para cada situación. En fin, es la figura del médico de familia, médico de cabecera que, como el libro de la mesilla de noche, se consulta para todo, y siempre te ofrece la mejor solución¹⁵¹.

¿Es posible formar un médico así? ¿Cómo hacerlo? ¿Cómo obtener de los médicos que salen de las facultades –formados con diferentes perspectivas, desde la enseñanza tradicional hasta la basada en problemas– este profesional que, hoy más que nunca, es una necesidad imperativa, tanto para el enfermo como para los sistemas sanitarios? ¿Cómo formar un profesional integral y humanizado?

La propuesta que presentamos a seguir, fruto de nuestra experiencia, es el modelo de formación de médicos que utilizamos en SOBRAMFA- *Educação Médica e Humanismo*¹⁰¹ hace casi 20 años¹⁵². Un modelo de integración de conocimientos y servicios –aprendiendo y reflexionando durante la práctica médica– en un grupo formado por profesores, médicos con experiencia, y médicos jóvenes recién graduados.

La propuesta educacional está apoyada en tres pilares: a. Formación académica, b. Actividad Profesional Médica, c. Formación cultural en Humanidades Médicas. Veamos brevemente qué compone cada uno de estos pilares.

a. **Formación Académica Científica:** tiene dos componentes esenciales.

- El primero, denominado “Marcapaso”, tiene un “ritmo semanal”, con reuniones de 2 horas al principio de la semana. Se presentan artícu-

los científicos que han sido previamente distribuidos entre los participantes, y designado quien será el presentador cada semana. Se discuten también los casos clínicos y las dudas que surgen sobre pacientes que han sido vistos en la práctica diaria. Los comentarios de los médicos con mayor experiencia sirven para ilustrar la aplicación práctica de las novedades que los médicos más jóvenes -que son los presentadores habituales- traen como fruto de su estudio e revisión de la literatura. Las reuniones del Marcapaso son obligatorias para todo el equipo clínico, y no se realizan actividades de asistencia durante este momento. Es, de hecho, tiempo protegido para la formación. Una garantía de que no se interrumpe el crecimiento y se acompaña el ritmo del progreso. Es, de hecho, un marcapaso científico.

- Estudio dirigido, complemento importante de temas que surgen en el Marcapaso, que comprenden desde artículos y lecturas complementares, hasta protocolos y metodología de investigación que se desarrollan también a partir de asuntos surgidos en el marcapaso científico. Aquí se incluyen las publicaciones que todos deben ir elaborando como parte de su formación académica.

b. **Actividad Profesional Médica**, que comprende varios frentes de trabajo: ambulatorios generales de continuidad, visitas en enfermería a pacientes internados, gestión en residenciales geriátricos, supervisión clínica en instituciones de larga permanencia, visitas domiciliarias, actividades específicas en Cuidados Paliativos (enfermería hospitalarias y ambulatorios). La formación clínica tiene una duración inicial de tres años para los médicos recién graduados.

- En el primer año los médicos jóvenes hacen rotaciones en los diversos frentes para conocer cada uno de los ambientes y familiarizarse con ellos, siempre con una supervisión cercana. El foco de aprendizaje es en la relación médico-paciente, y el contacto con las familias; todo esto ampliado por las narrativas a las que deben prestar especial atención.

- En el segundo año, con la experiencia adquirida, asumen el cuidado de los pacientes en las enfermerías hospitalarias, participan en las visitas domiciliarias, y empiezan a desarrollar la dimensión docente: pasan también a supervisar los médicos recién graduados, y los estudiantes que frecuentan las rotaciones clínicas.

- En el tercer año, se añade a la capacidad clínica y docente, la dimensión de gestión del producto (relacionamiento con el cliente, es decir,

con la institución que contrata nuestros servicios).

c. **Formación en Educación Médica y Humanidades**, representada por dos reuniones mensuales con diferentes objetivos. Una de ellas, denominada Marcapaso de Construcción Humanista, es un taller (workshop) donde se discuten artículos de educación médica extraídos de revistas científicas apropiadas. En la otra reunión mensual, Encuentro Cultural, se invita a un profesional de otras áreas para una tertulia donde se abordan aspectos variados y enriquecedores. Con frecuencia menos regular, se programan también actividades de cine club, lectura de clásicos literarios, y narrativas médicas.

DESAFÍOS, RECURSOS Y HUMANISMO EN LA PRÁCTICA: ¿DÓNDE LLEGAMOS?

La selección implica establecer criterios. Y los criterios están vinculados a valores que se encuentran en el candidato, o por lo menos, tiene capacidad de desarrollarlos mediante una formación adecuada. Como se ha comentado detalladamente, la selección de los candidatos es un desafío permanente, y no parece tener una solución inmediata asequible. Tendremos, por tanto, que trabajar con los candidatos que nos llegan: tanto a las facultades de medicina, como al escenario profesional una vez graduados.

Conocer a la persona -del estudiante, del médico joven- es condición sine qua non para poder ayudarlo en su formación, para adecuarse a sus necesidades. Ese es el primer paso que, vale recordar, no se consigue ojeando el currículum ni las calificaciones. Hay que llegar más lejos, y más hondo. Hay que llegar hasta la persona y saber quién es y qué quiere, recordando que el interesado muchas veces tampoco tiene respuesta a estos interrogantes, y que hay que hacerle pensar, reflexionar.

Una vez dado este paso -más que un paso es un camino de conocimiento propio y ajeno, tal como referido al principio- tener un programa de formación bien establecido es imprescindible. Establecer rutinas y horarios, que permiten combinar un trabajo intenso de muchas horas laborables, con las correspondientes actividades formativas en los fren-

tes apuntados, y sazonados por una supervisión –el coaching que las empresas modernas adoptan– parece un camino razonable para construir el médico humanista, centrado en el paciente.

La propuesta que presentamos –que es una entre tantas– se configura como un camino que, no siendo nuevo, ha sido olvidado por muchos, nunca recorrido por otros, y desconocido para algunos. No son normas, sino alternativas coherentes. No es ni corto ni largo, depende de la actitud de cada uno en seguirlo o abandonarlo. No es ni fácil, ni difícil: depende de la disposición del caminante. Y te invita a descubrir en ti mismo lo que eres, ayudándote a saber lo que quieres. Es un principio, orienta la dirección, pero el camino lo tiene que recorrer cada uno, como en los versos del poeta, haciendo camino al andar¹⁵³.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Reginato V, Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC.** *Humanismo: Pré-requisito ou aprendizado para ser Médico.* Rev Bras Med 2014; 70(4):10-15.
2. **Gallian DMC.** *A re-humanização da medicina. Psiquiatria na prática médica.* UNIFESP/EPM. 2000; 33(2): 5-8.
3. **Da Luz PL.** *Nem só de ciência se faz cura, o que os pacientes me ensinaram.* São Paulo: Editora Atheneu; 2001.
4. **Lown B.** *A arte perdida de curar.* 3 ed. São Paulo: JSN Editora Ltda; 1997.
5. **Hernandez OM, Espinosa JG, Garcia-Manzo NT.** *Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomia.* Revista Médica IMSS. 1995; 33:1-8.
6. **Garcia-Manzo NT.** *Humanismo y Medicina.* Rev. Med. IMSS. 1993; 31:33-6.
7. **Lifshitz A.** *The human, humanistic, humanist and humanitarian in medicine.* Gac Med Mex. 1997; 133 (3): 237-43.
8. **De Marco MA.** *A face humana da medicina – Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
9. **Prats JAGG, Blasco PG.** *O Humanismo Médico de Gregorio Marañón: um exemplo sempre atual.* RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro). 2012; 69: 18-24.
10. **Vasconcelos E.** *O Juramento de Hipócrates.* Separata da Revista da Academia Paulista de Letras. 1973; n. 93.
11. **Salem J.** *Hipócrates. Conhecer, cuidar, amar. O juramento e outros textos.* São Paulo: Landy Editora; 2002. p. 17-18.
12. **Sade RM, Stroud MR, Levine JH, Fleming GA.** *Criteria for Selection of Future Physicians.* Ann. Surg. 1985; 201(2): 225-30.
13. **Hojat M.** *Assessments of empathy in medical school admissions: what additional evidence is needed?* International Journal of Medical Education. 2014; 5: 7-10.
14. **Rippentrop AE, Wong MYS, Altmaier EM.** *A content analysis of interviews reports of medical school admissions interviews.* Med Educ Online [serial online] 2003; 8(1): 4333. Available in <http://www.med-ed-online.org/res00063.htm>
15. **Jelley RB, Parkes MA, Rothstein MG.** *Personality perceptions of medical*

school applicants. Med Educ Online [serial online]. 2002 Dec;7(1):4538. Available in <http://www.med-ed-online.org>

16. **Neame RLB, Powis DA, Bristow T.** *Should medical students be selected only from recent school-leavers who have studied science?* Medical Education. 1992; 92: 433-40.

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

18. **Gonçalves EL.** *Ingressos no curso médico e necessidades do país.* R. Bras. Educ. Med. 1987; 11(3): 103-111.

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

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

21. **Gonçalves EL.** *A medicina no Brasil, hoje: ensino e prática.* Ver. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo. 1990; 45(4):190-193.

22. **Ortega y Gasset J.** *Misión de la Universidad.* Madrid: Revista de Occidente; 1930.

23. **Flexner A.** *La utilidad de los conocimientos inútiles.* In: Ordine N. *La utilidad de lo inútil.* Manifiesto. Barcelona: Acantilado; 2013.

24. **Prado DT, Blasco PG.** *A Universidade e a formação dos médicos: Reflexões Humanistas a propósito do pensamento de Ortega y Gasset.* RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro). 2012; 68: 4 – 10.

25. **Miller GE.** (Org). *Ensino e aprendizagem nas Escolas Médicas.* São Paulo: Cia. Ed. Nacional; 1967.

26. **Levites MR.** *Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas ao atendimento médico.* São Paulo: Tese Doutoral em Medicina (Ciências Médicas) Universidade de São Paulo, USP, Brasil; 2015. Disponível: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-06082015-114436/pt-br.php>

27. **Moreto G, Levites MR, Blasco PG.** *Investigación en Medicina Familiar: un esfuerzo necesario.* Atención Familiar. 2015; 22:118 - 120.

28. **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):94-97.

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

30. **Blasco PG.** *O médico de família, hoje.* São Paulo: Sobramfa; 1997.
31. **Blasco PG, Janaudis MA, Levites.** *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados.* Aten. Primaria. 2006; 38(4): 225-229.
32. **Hojat M.** *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes.* New York: Springer; 2007.
33. **Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al.** *The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School.* Acad Med 2009; 84: 1182-1191.
34. **Irving P, Dickson D.** *Empathy: towards a conceptual framework for health professionals.* Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv. 2004; 17: 212-220.
35. **Moreto G.** *Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo utilizando dois instrumentos.* São Paulo: Tese Doutoral em Medicina (Ciências Médicas) Universidade de São Paulo, USP, Brasil: 2015. Disponível em : <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-19062015-154448/pt-br.php>
36. **Aderman D, Berkowitz L.** *Self-concern and the unwillingness to be helpful.* Soc Psychol Q. 1983; 46:293-301.
37. **Kay J.** *Traumatic deidealization and future of medicine.* JAMA. 1990; 263:572-573.
38. **Silver HK, Glick AD.** *Medical student abuse: Incidence, severity, and significance.* JAMA. 1990; 263: 527-532.
39. **Authier J.** *Showing warmth and empathy.* In: Hargie O, ed. *A Handbook of Communication Skills.* London: Croom Helm; 1986. p. 441-465.
40. **Lara JRL, Moral RR, Campayo JG.** *¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes?* Atención Primaria. 2009; 41(11):646-649.
41. **Edwards MT, Zimet CN.** *Problems and concerns among medical students.* J Med Educ. 1976; 51: 619-625.
42. **Decety J, Jackson P.** *A social-neuroscience perspective on empathy.* Curr Dir Psychol Sci. 2006; 15: 54-8.
43. **Gallese V.** *The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of inter subjectivity.* Psychopathology. 2003; 36: 171-80.
44. **Rizzolatti G, Sinigaglia C.** *So quell che fai: il cervello che agisce e I neuroni specchio.* Milano: Cortina R Ed; 2006.
45. **Decety J, Jackson PL.** *The functional architecture of human empathy.* Behav Cogn Neurosci Rev. 2004; 3:71-100.
46. **Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G.** *Both of us are disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and seeking disgust.* Neuron. 2003; 40: 644-55.

47. **Bauer J.** *Warum ich fu" hle, was Du fu" hlst. Intuitive Kommunikation und dasGeheimnis der Spiegelneurone (Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons).* Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.
48. **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(9): 619-621.
49. **Shapiro J.** *Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education.* *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine.* 2008; 3(10):1-11.
50. **Larson EB, Yao X.** *Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship.* *JAMA.* 2005; 293 (9): 1100- 1106.
51. **Shapiro J.** *Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training.* *Acad Med.* 2011; 86: 326-332.
52. **Ruiz Retegui A.** *Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología cristiana.* Madrid: Rialp; 1999.
53. **MacIntyre A.** *After Virtue.* Liverpool: Duckworth; 1981.
54. **Sierra, A.** *La afectividad: eslabón perdido de la educación.* Pamplona: Eunsa-Universidad de La Sabana; 2008.
55. **Marías J.** *La educación sentimental.* Madrid: Alianza Editorial; 1992.
56. **Calman KC.** *Literature in the education of the doctor.* *Lancet.* 1997; 350: 1622-24.
57. **Blasco PG, González-Blasco M, Levites MR, Moreto G, Tysinger JW.** *Educating through movies: How Hollywood fosters reflection.* *Creat Educ.* 2011; 2: 174-80.
58. **Blasco PG, Moreto G.** *Teaching empathy through movies: Reaching learners' affective domain in medical education.* *JEL.* 2012; 1: 22-34.
59. **Blasco PG.** *Literature and movies for medical students.* *Fam Med.* 2001; 33: 426-8.
60. **Shapiro J.** *Literature and the arts in medical education.* *Fam Med.* 2000; 32: 157-8.
61. **Whitman N.** *A poet confronts his own mortality: What a poet can teach medical students and teacher.* *Fam Med.* 2000; 32: 673-4.
62. **Benedetto MAC.** *Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes.* *O Mundo da Saúde.* 2010; 34: 311-9.
63. **Blasco PG, Moreto G, Levites MR.** *Teaching humanities through opera: Leading medical students to reflective attitudes.* *Fam Med.* 2005; 37: 18-20.

64. **Janaudis MA, Blasco PG, Ângelo M, Lotufo PA.** *Nos bailes da vida: A música facilitando a reflexão na educação médica.* RBM. Revista Brasileira de Medicina. 2011; 68: 7-14.
65. **Blasco PG, Moreto G.** *I feel your pain: empathy in medicine.* In *Cinemeducation: Using film and other visual media in graduate and medical education*, v. II. London, UK: Radcliffe Publishing; 2012. p. 527-41.
66. **Nicolas B, Gillett G.** *Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics.* Journal of Medical Ethics. 1997; 23:295-299.
67. **Bauby JD.** *The diving bell and the butterfly.* New York: Alfred A. Knop; 1997.
68. **Schultz DS, Flasher LV.** Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: *Ethics and Interpretation in illness Narrative.* Journal of Medicine and Philosophy. 2011; 36: 394-409.
69. **Jones AH.** *Narrative in medical ethics.* BMJ. 1999; 318:253
70. **Stange K, Miller WL, McWhinney I.** *Developing the Knowledge Base of Family Practice.* Fam Med. 2001; 33(4): 286-97
71. **Charon R.** *Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust.* JAMA. 2001; 286(15): 1897-902. (Reprinted)
72. **Greenhalgh T, Hurwitz B.** *Narrative Based Medicine: why study narrative?* BMJ. 1999; 318 (7175): 48-50.
73. **Charon R.** *Literature and Medicine: Origins and Destinies.* Acad Med. 2002;75(1): 23-27.
74. **Carroll R.** *Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry.* Evidence-based Complementary and Alternative Medicine. 2005; 2(2): 161-172.
75. **Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A.** *Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis.* JAMA. 1999; 281: 1304-9.
76. **Shapiro J, Ross V.** *Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine.* Fam Med. 2002; 32(2): 96-100.
77. **Kumagai AK.** *A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education.* Acad Med. 2008; 83(7): 653-658.
78. **Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T.** *Even a little magic.* Can Fam Physician. 2008; 54:1146-1147.
79. **Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG.** *Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students.* Fam Med. 2010; 42(8):580-582.
80. **Tolstoi, L.** *A Morte de Ivan Ilitch.* Brasil: Editora 34; 2006.
81. **Frank, AW.** *Just listening: narrative and deep illness.* Fam Syst Health. 1998; 16: 197-212.
82. **Bolton G.** *Stories at work: reflective writing for practitioners.* Lancet 1999;

354(9174): 243-5.

83. **De Benedetto MAC, Gatti G, Costa DL.** *La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de Medicina.* Aten Fam. 2011; 18(3): 59-62.

84. **De Benedetto MAC.** *O Papel das Narrativas como Recurso Didático na Formação Humanística dos Estudantes de Medicina e Enfermagem.* São Paulo: Tese Doutoral. Universidade Federal de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41856/2017-0011.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

85. **Aranguren J, Stork RY.** *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana.* 5 ed. Pamplona: Eunsa; 2001.

86. **Sekeff ML.** *Da música, seus usos e recursos.* 2 ed. São Paulo: Unesp; 2007.

87. **Tatit L, Lopes IC.** *Elos de melodia e letra – Análise semiótica de seis canções.* São Paulo: Ateliê; 2008.

88. **Newell GC, Hanes DJ.** *Listening to music: the case for its use in teaching medical humanism.* Acad Med .2003; 78: 714-9.

89. **Janaudis MA.** *A Música como instrumento de reflexão para o estudante de medicina.* Tese Doutoral. Faculdade de Medicina da USP. 2011. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5169/tde-20052011-175337/pt-br.php>

90. **ASSOCIATION of AMERICAN MEDICAL COLLEGE,** Report III: Contemporary Issues in Medicine: Communication in Medicine, Medical School Objectives Project. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 1999. P. 25-26.

91. **Puchalski CM.** *The role of spirituality in the health care.* Baylor University Medical Center Proceedings. 2001; 14(4): 352-6.

92. **Ferres J.** *Educar en una cultura del espectáculo.* Barcelona: Paidós; 2000.

93. **Alexander M, Lenahan P, Pavlov A.** *Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.

94. **González Blasco P, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA.** *Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad.* Aten Primaria. 2005; 36:566-72.

95. **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.* São Paulo: Tese Doutoral. Faculdade de Medicina, USP; 2002. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309/pt-br.php>

96. **Blasco PG, Pinheiro TRP, Ulloa-Rodríguez M, Angulo-Calderón N.** *El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje.* Persona y Bioética. 2009;13: 114-27.

97. **Blasco PG, Alexander M.** *Ethics and human values*. En: **Alexander M, Lenahan P, Pavlov**, editores. *Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
98. **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.
99. **Blasco PG, Moreto G, González-Blasco M, Levites MR, Janaudis MA.** *Education through movies: Improving teaching skills and fostering reflection among students and teachers*. *Journal for Learning Through the Arts*. 2015; 11:145-60.
100. **Blasco PG.** *Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2011.
101. Cfr. www.sobramfa.com.br
102. **Blasco, PG.** *Medicina e Família & Cinema. Recursos Humanísticos na Educação Médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
103. **Blasco, PG.** *Educação da Afetividade através do Cinema*. São Paulo: IEF - Sobramfa; 2006
104. **Marvin's Room.** *Escena situada en el metraje 1h:33 min-1h:34 min*; 1996.
105. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
106. **Reginato V, Blasco PG, Villaseñor IR.** *Vocación Médica y Humanismo: qué enseñamos a los estudiantes de medicina*. In: Núñez Cortes JM, Blasco PG (org.). *Educación Médica Centrada en el Paciente*. Madrid: Unión Editorial; 2017. p.25-54.
107. **Blasco PG, Vachi VH, De Paula, PS, De Antonio LJ, Godoy J.** *Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil*. *Educación Médica*. 2017; 18: 276-84.
108. **Blasco PG.** *A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos*. *Educación médica*. 2018; 19: 104-14.
109. **Borrel-Carrio, F; Epstein, RM; Alenta, HP.** *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. *Med Clin*. 2006; 127(9): 337-342.
110. **Millán Núñez Cortes, J.** *Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando?* *Educación Médica*. 2018; 19(3):131-2.
111. **Ordine N.** *La utilidad de lo inútil*. Manifiesto. Barcelona: Editorial Acantilado; 2013.
112. **McWhinney.** *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press; 1997.
113. **Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.** *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003.

114. **Blasco PG.** *De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la Medicina de Familia.* Aten Primaria. 2004; 34 (6): 313-7.
115. **González Blasco P.** *Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia.* Arch Med Fam. 2004; 6(2): 31-33.
116. **Levites MR, Azevedo RS, Blasco PG.** *Construindo a motivação profissional na Medicina de hoje: reflexões humanísticas para lidar com a incerteza.* RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro). 2011; 68: 13-18.
117. **Levites MR, Blasco PG.** *Competencia y Humanismo: La Medicina Familiar en Busca de la Excelencia.* Archivos de Medicina Familiar y General. 2009; 6: 2-9.
118. **Blasco PG.** *Promoviendo Liderazgos en Medicina de Familia: una reflexión vital.* Pan American Family Medicine Clinics. 2005; 1: 7-15.
119. **Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, Pinheiro TRP.** *Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation.* Acad Med. 2008; 83: 684-90.
120. **Blasco PG, Roncoletta AFR, Moreto G, Benedetto MAC, Levites MR, Janaudis MA.** *SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992.* Med Educ. 2008; 42: 113-5.
121. **Kass LR.** *Neither for Love nor Money: Why Doctors must not kill.* Public Interest. 1989; 94: 25-46. Disponible en: <http://philosophyfaculty.ucsd.edu/faculty/rarneson/Courses/KASSwhydoctorsmust.pdf>
122. **Stange K, Miller WL, McWhinney I.** *Developing the knowledge base of family practice.* Fam Med. 2000; 33(4): 286-97.
123. **Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Moreto G, Levites MR, Benedetto MAC, Garcia, DSO, Pinheiro TRP, Mônaco CF.** *La medicina familiar en la universidad: la experiencia de Sobramfa, educación médica & humanismo.* Atención Familiar. 2012; 19: 75-79.
124. **Kleinman A, Eisenberg L, Good B.** *Culture, Illness, and Care.* Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Ann Int Med. 1978; 88: 251-8.
125. **Roser W.** *Application of evidence from randomised controlled trials to general practice.* Lancet. 1999; 353: 661-4.
126. **Culpepper L, Gilbert TH.** *Evidence and ethics.* Lancet.; 1999 353: 829-31.
127. **Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, Garcia DSO, Moreto G, Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Blasco PG.** *Academic Family Medicine in Brazil. GP-Miles: the Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine.* Primary Care. 2009; 9: 280-1.
128. **Blasco PG, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA.** *Family Medicine Miles Programme: Getting Students involved where there is no Family Medicine in Medical School In: The World Book of Family Medicine.* 1 ed. Ljubljana: Narodna in Univerzitetna Knjznica. 2015; 1: 178-80.

129. **Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V.** *Humanismo em Medicina São Paulo SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo.* 2015; 100: 437.
130. **Blasco PG.** *Dos princípios científicos para a ação: o idealismo prático da Medicina de Família.* In **Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.** *Princípios da medicina de família.* São Paulo: Brasil: SOBRAMFA; 2003. p. 59-104.
131. **Keystone III Conference.** *Fam Med.* 2001; 33(4): 230-324.
132. **Decourt LV.** *William Osler na Intimidade de Seu Pensamento.* São Paulo: Revista do Inco; 2000.
133. **D'Ors E.** *Aprendizaje y Heroísmo.* Pamplona: Eunsa; 1973.
134. **Cantalamesa, R.** *Il Canto dello Spirito.* Milano: Ed Ancora; 1998.
135. **Marañón G.** *Mi homenaje a Francisco Huertas en Obras Completas, vol III (conferencias),* pg. 285. Madrid: Espasa Calpa; 1967.
136. **Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston, W. McWhinney IR, Freeman TR.** *Patient- Centered Medicine: transforming the clinical method.* California: Sage Publications Inc.; 1995.
137. **Blasco PG, Benedetto MAC, Villaseñor IR.** *El arte de curar: el médico como placebo.* *Aten Primaria.* 2008; 40(2): 93-5.
138. **Jordan J, Belle Brown J, Russell G.** *Choosing Family Medicine. What influences medical students.* *Can Fam Physician.* 2003; 49: 1131-7.
139. **Roncoletta AFT.** *A Medicina de Família como recurso educacional na Graduação Médica.* In: **Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.** *Princípios da Medicina de Família.* São Paulo: Sobramfa; 2003.
140. **McInnis D.** *What System?* *Darmouth Medicine.* 2006; 5(4): 28-35.
141. **Palmer PJ.** *The Courage to Teach.* San Francisco: Jossey-Bass; 1998.
142. **Rubenstein W, Talbot Y.** *Medical Teaching in Ambulatory Care.* New York: Springer Publishing Company; 1992.
143. **Roncoletta AFT, Blasco PG, Moreto G, Levites MR.** *Medicina de Familia y Universidad Brasileña (II).* *Actividad Docente de la SOBRAMFA con Estudiantes de Medicina.* *Tribuna Docente On Line.* 2007; 9(2): 1-16.
144. **Lussier MT, Richard C.** *Doctor-patient communication. Time to talk.* *Can Fam Physician.* 2006; 52: 1401-2.
145. **Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B.** *Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study.* *BMJ.* 2002; 325: 682-3.
146. **Beckman HB, Frankel RM.** *The effect of physician behavior on the collection of data.* *Ann Intern Med.* 1984; 101: 692-6.
147. **Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB.** *Soliciting the patient's*

agenda: have we improved? JAMA. 1999; 281(3): 283.

148. **Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG.** *Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students.* Fam Med. 2010; 42(8): 580-2.

149. **Prats JAGG, Levites MR, Murano ML Fernandes EP, Moreto G.** *Opini3n de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusi3n de casos cl3nicos como t3cnica did3ctica.* Atenci3n Familiar. 2011; 18(3): 56-8.

150. **Levites MR, Reginato V, Azevedo RS, Blasco PG.** *Reflex3es human3sticas como motiva33o ao m3dico diante da incerteza.* In **Blasco PG; Benedetto MAC; Reginato V** (Org.). *Humanismo em Medicina.* S3o Paulo: SOBRAMFA; 2015. p 340-361.

151. **Blasco PG.** *O M3dico de Fam3lia, hoje.* S3o Paulo: SOBRAMFA; 1997.

152. **Levites MR, Janaud3s MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Albuquerque I, Blasco PG.** *Procurando a Excel3ncia na Forma33o dos M3dicos de Fam3lia: O Programa Fitness, uma experiencia inovadora.* Arch Med Fam. 200; 8(2): 83-96.

153. **Reginato V.** *Ep3grafe.* In: **Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V.** *Humanismo em Medicina.* S3o Paulo: SOBRAMFA – Educa33o M3dica e Humanismo; 2015.

ISBN: 978-956-401-028-1



9 789564 010281

EDITADO POR SOBRAMFA Y FUNDACION CIENCIA Y VIDA