

# LA HUMANIZACION DE LA SALUD Y EL HUMANISMO MEDICO EN LATINOAMERICA



FRANCISCO JAVIER LEÓN CORREA  
PABLO GONZÁLEZ BLASCO  
(Coordinadores)

2

**Copyrigh**t: De cada texto sus autores. De la edición: FELAIIBE, SOBRAMFA y Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile.

**ISBN:** 978-956-398-160-5

**1ª Edición impresa:** Santiago de Chile, 2018.

**Edición, diseño y diagramación:** Keiko Suzuki S.

**Portada:** Artista: *Miguel O, Cabrera Reyes*. Título: “*Ars Médica*”. Mural, Óleo s/ tela y marouflage. Ubicación: Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud. UC. Bárbula. Estado Carabobo. Venezuela 1996.

Los editores no asumen responsabilidad alguna por las opiniones vertidas en cada artículo. Éstas corren por cuenta de sus respectivos autores.

# ÍNDICE

Prólogo. Patricio Silva.	6
Presentación.	
<b>El Reto de la Humanización de la Salud en Latinoamérica.</b> Francisco J. León Correa y Pedro González Blasco	8
<b>Parte 1. HUMANIZAR EL TRATO CON LOS PACIENTES</b>	
<b>Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados.</b> Pablo González Blasco, Marco Aurélio Janaudis y Marcelo Rozenfeld Levites	14
<b>La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina: reporte de un estudio realizado en una universidad en São Paulo, Brasil.</b> Graziela Moreto, Pablo González-Blasco, Leo Pessini, Maria Auxiliadora Craice-de Benedetto.	21
<b>Objetivación en la relación médico-paciente.</b> <b>La despersonalización en el ámbito de la salud.</b> Jonathan Adrián Georgalis, Paula Virginia Tarancón	28
<b>Modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica.</b> Graziela Moreto, Pablo González Blasco, Marco Aurélio Janaudis, Maria Auxiliadora C. de Benedetto	37
<b>La fuerza de las palabras: las grandes olvidadas en la medicina del siglo XXI.</b> Piovano Carlos Francisco, Arribere Roberto; Tripceвич Piovano Gladis Mabel	49
<b>Distribución desigual de médicos, migración profesional y problemas sanitarios que se generan en el contexto regional.</b> Eduardo Alfredo Duro, María Angélica Sotomayor. Luis M. López Dávila, Estela Quiroz Malca, Viviana Lifschitz, Elizabeth M. Benites Estupiñán, Patricia Sorokin	64

3

**El arte de curar: el médico como placebo.** Pablo González Blasco, María Auxiliadora C. de Benedetto, Ismael Ramírez Villaseñor 80

**Fe, espiritualidad y salud.** Lotufo, Alicia; Castellano Horacio; Orsi, María Clelia 86

## **Parte 2. POR UNA FORMACIÓN HUMANÍSTICA DE LOS ESTUDIANTES**

**Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil.** Pablo González Blasco, Vitor Hugo Boso Vachi, Pedro Subtil de Paula, Lucas José de Antonio, João Godoy 91

**Cómo enseñar Bioética en el pregrado. Reflexiones sobre experiencias docentes.** Pablo González Blasco, Marta Serrano Días de Otálora, Jane Pastushenko, Rogelio Altisent Trota 109

**El anonimato en la calificación estudiantil a docentes universitarios. Factor de vulnerabilidad, calidad de vida y bioética.** Zoila Rosa Franco Peláez 122

**4 Visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica: impacto en la formación de los estudiantes de medicina.** Garcia, Deborah S.O., De Benedetto, Maria A. C., Blasco, Pablo G. 136

**Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil.** Graziela Moreto, Daniela B. Bariani, Thais Raquel Pinheiro, Rogelio Altisent, Pablo González-Blasco 145

**Cinema y educación. ¿Cómo mejorar las habilidades pedagógicas de los profesores y fomentar la reflexión de profesores y alumnos?** González Blasco M, Levites RM, Moreto G, González Blasco P. 159

**Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica.** Gonçalves Garreta Prats João Antonio, Rozenfeld Levites Marcelo, Murano Maria de Lourdes 176

**La literatura como recurso didáctico en la formación humanista de los estudiantes de Medicina.** Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, Gatti Guilherme, Lima da Costa Daniela 182

### **Parte 3. POR UNA FORMACIÓN HUMANÍSTICA DE LOS MÉDICOS**

<b>Educar las Emociones para promover la formación ética.</b> Pablo González-blasco, Graziela Moreto, Marco Aurelio Janaudis, Maria Auxiliadora de Benedetto, Maria Teresa Delgado-Marroquín, Rogelio Altisent	189
<b>Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica.</b> Graziela Moreto, Pablo González-Blasco, María Auxiliadora Craice-de Benedetto	213
<b>El cine en la formación ética del médico: un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje.</b> Pablo González-Blasco. Thais Raquel S.P. Pinheiro, Mauricio Fernando Ulloa-Rodríguez, Nohora M. Angulo-Calderón	222
<b>Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad.</b> P. González-Blasco, A.F.T. Roncoletta, G. Moreto, M.R. Levites, M.A. Janaudi	239

## PRÓLOGO:

# LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD Y EL HUMANISMO MÉDICO EN LATINOAMÉRICA

*Dr Patricio Silva Rojas*

Decano Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad Central de Chile

6

El mural del artista Venezolano Miguel Cabrera Reyes que ocupa la portada de este libro, nos invita desde la primera mirada a introducirnos en el tema que trata. El contrapunto que plasma el artista entre una medicina antigua con sus símbolos, con los avances tecnológicos de la medicina moderna como la ecografía en obstetricia, o la potente figura de un cirujano que extiende y ofrece sus manos abiertas hacia distintas personas que esperan su atención, o el que va con paso cansino con su maletín a visitar enfermos.

La medicina nace profundamente humanista porque es al lado del enfermo donde se aprende a desentrañar los síntomas y signos de las enfermedades y se acompaña en su proceso de enfermedad hasta su recuperación o hasta su muerte. Por tanto no se entiende que se tenga que hablar por ejemplo del “reto de la humanización de la salud en Latinoamérica” o “humanizar el trato con los pacientes” o más llamativo el constatar “la modificación del nivel de empatía de estudiantes de medicina durante la graduación médica” a no ser que esa humanización se haya perdido.

Los títulos mencionados de algunos de los artículos que contiene nos colocan en alerta de que la atención médica se ha deshumanizado y por ello plantean que hay que humanizar el trato con los pacientes.

Por cierto, estos temas no son en blanco y negro y por ello encontramos toda la escala de grises intermedios en el panorama de la atención médica

pública y privada en nuestro continente. Conocer esas diferencias, precisar las causas y proponer remediales es una tarea de toda la comunidad académica de nuestros países.

Entendemos entonces que la preocupación por explorar nuevas metodologías docentes en bioética como utilizar la literatura y el cine que invita a la reflexión conjunta de alumnos y profesores, así como lo hacemos en el análisis de casos, constituye un aporte hacia el logro del objetivo planteado.

Sabemos que no es suficiente, ya que al déficit de formación humanista y ética de los estudiantes de carreras de salud se unen condiciones laborales que atentan a una atención más humanizada, como por ejemplo exigencias a los médicos de ver seis pacientes por hora. Pero este esfuerzo que se está realizando en diversas universidades y cuyas experiencias se plasman en este libro constituye modelos a multiplicar y un incentivo a comunicar experiencias exitosas para que otros en diferentes países puedan beneficiarse de su lectura y estudio.

Como Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile, apoyamos entusiastamente esta publicación y esperamos que llegue a las manos de muchas personas, alumnos y profesionales comprometidos con lograr una formación humanista de nuestros estudiantes y como consecuencia una atención en salud humanizada y de calidad.

## PRESENTACIÓN:

# EL RETO DE LA HUMANIZACIÓN DE LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

*Francisco J. León Correa y Pablo González Blasco*

8

Como ha comentado recientemente Adela Cortina, con motivo del debate en España sobre volver a incluir o no la filosofía en los planes de la Enseñanza Media, las humanidades “fomentan la imaginación creadora que nos permite trasladarnos a mundos nunca vistos y potenciar el sentimiento de empatía por el que nos ponemos en el lugar de cualquier otro. Hacen posible superar la trampa del individualismo, que es falso, y fomentar el reconocimiento recíproco de los seres humanos como personas, haciendo patente que somos en relación”<sup>1</sup>.

Nos parece un buen resumen de la utilidad de lo “inútil”, de las humanidades, también en el ámbito médico. Pareciera que no son imprescindibles, pero cuando faltan está incompleto el trabajo de los profesionales de la salud, la atención de salud se deshumaniza, y las políticas de salud se dirigen a usuarios y clientes cada vez más empoderados, pero dependientes de los gerentes de sistemas de salud y seguros. El derecho invade el espacio que antes ocupaba la confianza en la relación médico-paciente. Las relaciones de justicia -deberes y derechos de los pacientes- sustituyen las de beneficencia, empatía y solidaridad, que eran claves anteriormente.

Ningún médico, ninguna enfermera, están obligados en justicia a sonreír al paciente, a sentarse con él al borde la cama, a darle la mano, pero un médico o una enfermera que nunca sonríen, nunca se sienten al lado del paciente, nunca sostengan su mano, no son buenos médicos ni buenas enfermeras, les falta el cuidado humanizado del otro como persona que es esencial más allá de los criterios de cumplimiento en justicia de un contrato profesional. Si falta la humanización, las personas enfermas no se sienten tratadas con dignidad, aunque dispongan de la última tecnología o

de modernos hospitales y centros de salud.

Se recogen en este libro algunas experiencias de humanización que se abordaron en el último Congreso de la Federación Latinoamericana de Bioética, en junio del 2017 en Buenos Aires, pero sobre todo un conjunto de artículos publicados a lo largo de una larga experiencia docente por la **SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo**<sup>2</sup>, que celebró recientemente su jubileo de plata, completando así 25 años fomentando la Educación Médica centrada en el paciente. Son textos que pueden servir como recurso para enfrentar el desafío -tan importante como urgente- de la enseñanza del profesionalismo médico, trayectoria necesaria para humanizar la salud.

Se han ordenado en tres partes. La primera, reflexiones y experiencias sobre la humanización en el trato con los pacientes: la fuerza de las palabras, el médico como placebo, la empatía de estudiantes y profesionales, la espiritualidad. La segunda, experiencias de formación humanística con estudiantes de Medicina, centradas en la persona del paciente y con la ayuda de las mismas humanidades, literatura, cine, etc. La tercera parte, recoge experiencias de formación humanística con médicos y profesionales de la salud, cómo educar las emociones, la empatía y una adecuada afectividad entre los médicos y las personas enfermas que acuden a su cuidado.

¿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 final<sup>3</sup>.

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 medicina<sup>4</sup>. 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 enfermo<sup>5</sup>.

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 vida<sup>6</sup>. 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<sup>7</sup>.

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 modo<sup>8</sup>. 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, educarlas<sup>9</sup>. 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 profesor que ampara las

emociones del estudiante, le permite compartirlas, y facilita la maduración afectiva.

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. Afloran 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 despeje para nuestras propias reflexiones.

11

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 hace más de 80 años<sup>10</sup>. Una cosa -viene a decir Ortega- es ser investigador y otra ser profesor. Y lo primero no implica lo segundo. El proceso de formación universitaria -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. 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 provocadora<sup>11</sup>. 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 más amplia que estimule a cultivar el espíritu. Y añade, en cita larga pero suculenta: “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 transmitir y compartir sin empobrecerse. Al contrario, enriquece a quien lo transmite y a quien lo recibe”.

“Las humanidades -citamos de nuevo a Adela Cortina- sobre todo son fecundas, porque diseñan marcos de sentido que permiten a las sociedades comprenderse a sí mismas y orientar cambios hacia un auténtico progreso”<sup>12</sup>. Todo un reto para la educación médica humanística que desde la Bioética y el Humanismo Médico intentamos: dar marcos de sentido en el complejo mundo actual de la atención de salud, que ayuden a un progreso en humanidad y solidaridad.

(1, 2) Adela Cortina. Editorial en El País, 24 septiembre 2018.

## Bibliografía

1. Adela Cortina. Editorial en El País, 24 septiembre 2018.
2. Cfr. [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)
3. Blasco PG. *A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos*. Educación médica.v.19, p.104 - 114, 2018.
4. Borrel-Carrio, F; Epstein, RM; Alenta, HP. *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin. 2006; 127(9): 337-342
5. Millán Núñez Cortes, J. *Humanización de la medicina, medicina humanizada, medicina humanista: ¿de qué estamos hablando?* Educación Médica. V. 19 (3) p. 131-132
6. 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.
7. 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. v.18, p.276 - 284, 2017.
8. 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.
9. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. *Educación de las emociones para promover la formación ética. Persona y Bioética*. v.17, p.28 - 48, 2013.
10. Ortega y Gasset J. *Misión de la Universidad*. Revista de Occidente. Madrid. 1930.
11. Ordine N. *La utilidad de lo inútil*. Manifiesto. Acantilado. Barcelona. 2013.
12. Adela Cortina. Editorial en El País, 24 septiembre 2018.

## UN NUEVO HUMANISMO MÉDICO: LA ARMONÍA DE LOS CUIDADOS

***Pablo González Blasco***

Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). Sao Paulo. Brasil.

***Marco Aurélio Janaudis***

Medicina de Família. Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). Sao Paulo. Brasil.

***Marcelo Rozenfeld Levites***

Medicina de Família. Programa de Residência Médica em Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). Sao Paulo. Brasil.

14

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.

Esta semana se discute un caso que suscita dudas, más dudas que las habituales, llama la atención, hace pensar. Se trata de un paciente de 40 años que tuvo dos 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 con frecuencia, la maltrata y no se deja cuidar; también es poco delicado con la fisioterapeuta

---

\*Reunión Científica semanal en SOBRAMFA - Sociedad Brasileña de Medicina de Família.  
[www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)

que lo 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 un 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?

15

Silencio. Reflexión. Las repuestas 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 está casado, pero la mujer le dejó porque bebía. Eso le contó su hermana”. Le sigue otra pregunta: “¿Y por qué lo cuida la hermana? ¿No está 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 perma-

necen 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 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, cuidar al enfermo. Cuestiones que preparan el espíritu del médico para que sepa sentarse -en una silla, que es, en el decir de D. Gregorio Marañón, el mejor instrumento 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 albúmina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida.

16

Una ciencia que es arte y por esos 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.

Al final de una reunión que se presentó llena de sorpresas, alguien se atreve a preguntar si los artículos que escribimos los que estamos a vueltas con la medicina de familia, donde proponemos crear un nuevo humanismo, moderno, capaz de asimilar los progresos técnicos con un abordaje antropológico también moderno y actualizado, se entienden, llegan al lector. Probablemente, la respuesta es negativa. Porque la teoría, cuando es enunciada, puede ser comprendida y hasta digerida. Pero sólo se percibe su alcance, todo lo que se encierra en ella, cuando se hace transparente en una historia como la que hoy ilustró nuestra reunión clínica, monopolizándola por completo.

Es verdad que las narraciones son una preocupación educacional en el contexto de la medicina de familia. Narraciones, historias de vida, que permiten contemplar el mundo del paciente, conocerlo como persona, para poder cuidarlo de modo competente. Aun así, existe la tendencia de

pensar que las narraciones son “la otra cara de la moneda”, un complemento de la ciencia positiva, lo que no es posible medir con resultados de laboratorio. Como si fuera solamente una metodología que amplía nuestro modo de mirar para intentar conocer a la persona y centrar en ella los cuidados, sin detenerse en la molestia que le acomete. Un abordaje necesario e imprescindible, pero que corre el riesgo de ser complementario”, sólo eso, la otra cara de la moneda. La disociación ciencia y arte permanece, como dos fuerzas que actúan sinérgicamente, pero en paralelo, y por tanto no se encuentran nunca. No es posible, con esa perspectiva, colocar en la misma ecuación la albúmina sérica y el rencor de la soledad, que en la vida, en el paciente en cuestión, se dan en sorprendente simultaneidad. La actuación médica quedaría así condenada a sencillas posturas complementarias, aun siendo competentes y saturadas de compasión.

El pensador francés Gustave Thibon<sup>1</sup> reúne en su volumen un conjunto de ensayos, a los que da el título de “El equilibrio y la armonía”. El equilibrio es composición de fuerzas contrarias, solución de compromiso, resultante de vectores que se anulan entre sí. La armonía es el perfecto encajarse de las partes en un todo, de modo que colaboren para una misma finalidad. Y, citando a Víctor Hugo, comenta: “Por encima del equilibrio está la armonía, por encima de la balanza está el arpa”.

Los estudiosos del tema<sup>2</sup>, preocupados con la falta de humanismo de los médicos, mucho comentan del equilibrio que siempre hubo en medicina, entre las dos facetas inseparables que la componen: la medicina como ciencia y la medicina como arte.

Los avances científicos vertiginosos requerirían, para mantener ese equilibrio, una ampliación del ámbito del humanismo, esto es, un humanismo a la altura del avance científico. Y sería esta ampliación del humanismo, adaptada a los días actuales, en versión moderna, de la que carecería el proceso de educación médica. De no realizarse esta actualización humanista, se caería en una desproporción que se reflejaría en profesionales formados técnicamente, pero con serias deficiencias humanas. Profesionales deformes, con hipertrofias, sin equilibrio, que naturalmente no conquistan la confianza del paciente que espera un médico equilibrado. Sería, pues, función de la Universidad, de las instituciones formadoras, ampliar el concepto humanista en moldes modernos, abriendo horizontes y nuevas perspectivas. Y, para conseguirlo, se hace necesaria la metodología, la sistemática y el reaprender a hacer las cosas, cuando estas cosas son muchas y están envueltas en alta tecnología y comandadas por el progreso científico que avanza por segundos.

Sin quitarle el mérito a los esfuerzos de estos pensadores, y observando la realidad de las acciones así denominadas humanizantes, el error está, tal vez, en buscar el equilibrio y no la armonía. El equilibrio da por su-

puesto que las fuerzas son antagónicas, que la ciencia moderna apoyada en evidencias tiene que serazonada con actitudes humanitarias como, por ejemplo, oír con cariño la historia del paciente y sentir compasión. Reconocemos que eso es ya un enorme progreso y un avance sobre lo que, infelizmente, contemplamos diariamente, donde el paciente es un mero coadyuvante, muchas veces molesto, y el médico no hace el menor caso de los sentimientos del enfermo. Pero ese equilibrio es insuficiente, le falta consistencia. Continúan siendo dos actitudes que no se mezclan, como agua y aceite. El agua clara de las evidencias, y el aceite que conforta. Pero cada uno con su densidad propia, y aplicadas cada una a su tiempo y en su momento. Esa "esquizofrenia de actuación médica" es insostenible de por sí, dura poco, y cuando el médico se cansa, prestará atención a una en perjuicio de la otra.

18 Quién sabe si es éste el momento de invocar la construcción de armonía y saber tocar, con cuerdas diferentes para conseguir el acorde perfecto. Equilibrio es asumir una composición monotónica, o ciencia, o arte, un poco de albúmina y medidas dosis de afecto. Armonía es colocar cada competencia en su lugar y tener alma de artista para saber tocar en el arpa de la vida -de aquella persona que es única- las cuerdas de tonalidades diferentes. Y de esta manera, incorporar este modo polifónico -con variedad de instrumento, con silencios y compases de espera, constacatos y pianísimos- en la sinfonía de la vida humana, que la medicina tiene que acompañar si quiere ser de verdad eficaz. Así tienen que ser las discusiones clínicas y así tienen que ser formados los médicos competentes del siglo XXI.

Estas reflexiones sobre armonía y sobre la habilidad impar de juntar, en un solo golpe, ciencia y arte, enzimas y compasión, entendimiento fisiopatológico y cuidados de atención, traen a la memoria una novela contemporánea que habla del arte y de la ciencia del esgrima<sup>3</sup>. El maestro Jaime Astarloa, caballero a la vieja usanza, pasó toda su vida buscando el golpe perfecto y lo encontró, finalmente, en momentos que eran mortales de necesidad. El golpe perfecto, que une todo en la armonía de los cuidados: un buen ejemplo, un desafío de espadachines, para el médico moderno.

Éstos son los acordes que permiten al médico recorrer el camino entre la persona enferma y el significado que la enfermedad tiene para el paciente, ya que la enfermedad es para él, paciente, una manera de estar en la vida. Un forma de vida que tiene su propio lenguaje y que debe encontrar, en el médico sensible, el receptor necesario para decodificar adecuadamente los significados. Esta actitud, de virtuosismo musical -para dar continuidad a la metáfora de la armonía- es verdadera antropología activa, pues el médico no se limita a la especulación teórica de conceptos; tiene que vivílos en la práctica. "Para el profesional de la medicina,

humanismo y antropología son posibilidad de su autoexigencia, desafíos a su pensamiento racional, niveles de conocimiento en estilo y aspiración ascendiente de inconformismos”<sup>4</sup>.

Humanismo es, pues, fuente de conocimientos que el médico utiliza para su profesión. Conocimientos tan importantes -ni más ni menos- como los adquiridos por otros caminos que le auxilian en el deseo de cuidar del ser humano que está enfermo<sup>5</sup>. Son recorridos diferentes que encuentran en la persona -terreno propio del actuar médico- su meta común y permiten, con la mutua convivencia presidida por el respeto, la unión de fuerzas, la sinergia en la voluntad activa de curar. El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante. Todo eso sería colocar “actitudes humanistas” en la balanza, para compensar los excesos de la ciencia. Humanismo como armonía, como virtuosismo musical es, para el médico, verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural; es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología<sup>6,7</sup>.

Cuentan que Beethoven, en un momento de inspiración, interrumpió la clase de piano que estaba dando y, sin mayores explicaciones, salió a pasear por el campo, entrada ya la noche. Al regresar, compuso, de un golpe, su “Claro de Luna”, nombre popular de la “Sonata quase fantasía”, que parece nunca le agradó. Un buen día, en un sarao, interpretó la composición. Al acabar se le aproximó una dama y le preguntó: “Maestro, ¿qué significa esta maravillosa pieza?”. El músico la miró con cierto desprecio y respondió secamente: “Señora, el significado es éste”. Y acto seguido, se sentó al piano, interpretó: “Claro de Luna” con sus tres movimientos, se levantó y se fue sin una palabra. Algo de equilibrio racional buscaba la buena señora y encontró por respuesta la armonía genial del compositor.

La inspiración del médico procederá muchas veces de la cuerda de la compasión que vibra con facilidad en un corazón dispuesto a ayudar. Ésa será la nota que dará la tonalidad para el desarrollo posterior de su actuación, para los acordes armónicos del razonamiento clínico. Gregorio Marañón, médico humanista y profundo conocedor de esta simbiosis armónica, advierte: “EL médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y aunque esté lleno de entusiasmo por la ciencia, debe estar dispuesto a adoptar la postura paradójica de defender al individuo, cuya salud le es confiada, contra el propio progreso científico”<sup>8</sup>. En otras palabras: es preferible abdicar de una ciencia que es falsa que capitular en la conquista de la armonía en beneficio del paciente.

La reunión llegó al final. Las reflexiones aquí anotadas son una pequeña muestra de las otras, de las que cada uno lleva por dentro, y que nos

construyen como médicos armónicos, en verdadero ejercicio filosófico de la profesión. En este contexto, las narrativas e historias de vida, ahora completas y armónicas -transaminasas y angustias, albúmina y desamortienen su verdadero espacio y función: aproximarnos del ser humano que sufre y espera nuestros cuidados.

Nuevamente las palabras de Marañón nos brindan la reflexión final en acorde perfecto: “En varias ocasiones hice notar a los que trabajan a mi lado que un sistema diagnóstico puro, deducido exclusivamente de datos analíticos, deshumanizado, independiente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva el error fundamental de olvidar la personalidad, que tanta importancia tiene en las etiologías y para estipular el pronóstico del enfermo y enseñarnos a nosotros, médicos, lo que podemos hacer para aliviar sus sufrimientos”<sup>8</sup>.

Sólo nos resta añadir, delante de esta armonía: ¡bravo, bravísimo, Don Gregorio!.

## Bibliografía

1. Thibon G. *El equilibrio y la armonía*. Barcelona: BElacqua; 2005.
2. Robb D. *Ciencia, Humanismo e Medicina*. Rasegna. 1988; 3:21-32.
3. Pérez-Reverte A. *El maestro de Esgrima*. Madrid: Narrativa Mondadori; 1988.
4. Monastério F. *Planeamiento del humanismo médico*. *Humanismo y medicina I*. I Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, 1982.
5. Blasco PG. *Medicina de Familia: un camino para humanizar a Medicina*. Revista Notandum. 2002; 9:51-60. Disponible en: <http://www.hottopos.com/notand9/pablo.htm>
6. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Principios de medicina de familia*. Sao Paulo: Sobramfa; 2003.
7. González Blasco P. *De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia*. Aten. Primaria. 2004; 34: 313-7.
8. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1954.

(Documento descargado de <http://www.doyma.es> el 18/09/2006.)

# LA EROSIÓN DE LA EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: REPORTE DE UN ESTUDIO REALIZADO EN UNA UNIVERSIDAD DE SAO PAULO, BRASIL

## ***Graziela Moreto***

Médico familiar, directora de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo.

Pablo González-Blasco

Doctor en Medicina, director científico de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo.

## ***Leo Pessini***

Doctor en Teología Moral, presidente y provincial de los camilos de Brasil

## ***María Auxiliadora Craice-de Benedetto***

Médico, profesora de la Universidad Federal de Sao Paulo, coordinadora del Departamento de Humanidades de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo con la línea de investigación Medicina basada en narrativas.

21

## Introducción

Empatía, del griego *empathia*, significa saber apreciar los sentimientos de otro. El término *empathy* fue introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edwards Bradner Titchener, como traducción de la palabra alemana *einfühlung*. El vocablo alemán fue utilizado para describir los sentimientos de quien observaba, apreciándola, una obra de arte. Titchener quería, pues, dar a entender que empatía era el intento de comprender mejor a otro ser humano como fruto de su contemplación. Fue Southard, en 1918, el primero que incorporó la empatía en la relación médico-paciente, como un recurso facilitador del diagnóstico y la terapéutica<sup>1</sup>.

Algunos autores estudian la empatía -considerada en el contexto de la educación médica y del cuidado con el enfermo- desde el aspecto predominantemente cognitivo, que abarca tanto entender las experiencias y preocupaciones del paciente, como la capacidad de comunicarse con él. Sería, de alguna forma, como aproximarse al modo de ver el mundo que el otro tiene, entender su perspectiva. Desde el punto de vista educativo,

la vertiente cognitiva de la empatía se torna sugestiva, porque parece posible enseñarla y aprenderla. Deseo de ayudar, de aliviar el dolor y el sufrimiento son otras características de la empatía<sup>1</sup>. Al buscar otras de sus definiciones, nos encontramos con ideas como acto de comprender, percibir los pensamientos, experiencias y sentimientos de otros sin, necesariamente, tener que sentirlos personalmente.

Halpern<sup>2</sup> apunta que la empatía aproxima al médico del paciente que, a su vez, consigue exponer mejor sus quejas y preocupaciones, facilitando el diagnóstico y el tratamiento. Mediante la empatía, la autonomía y seguridad del enfermo también se fortalecen, contribuyendo a su recuperación. La empatía involucra el comportamiento del médico y su actitud al enfrentar los pensamientos y sentimientos del enfermo, así como el modo de comunicarse, que implica cordialidad, afecto, sensibilidad<sup>3</sup>. Es evidente que si la empatía facilita el trabajo del médico para cuidar mejor del paciente, ésta sea un objetivo a ser alcanzado -y enseñarla- por los futuros médicos.

Irving y Dickson<sup>4</sup> estudian la empatía como una actitud que contempla la habilidad comportamental junto con la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía. No se debe ignorar su componente emotivo, que se relaciona con la capacidad de *sentir* las experiencias y sentimientos de otro. Surge un sentimiento espontáneo de identificación con el que sufre, facilitado por la emoción. En el caso del estudiante, esta perspectiva se revela con gran claridad. Son pocos los estudios que abordan la evaluación de la empatía. Pueden citarse algunas escalas que han sido aplicadas a la población en general con el objetivo de medir tal noción, como el *Interpersonal Reactivity Index* desarrollado por Davis<sup>5</sup>, *The Hogan Empathy Scale*<sup>6</sup> y la *Emotional Empathy* de Mehrabian y Epstein<sup>7</sup>. Otros métodos de evaluación han sido elaborados para enfermeras, como la *Empathy Construct Rating Scale*<sup>8</sup>, *The Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale*<sup>9</sup>, *The Empathy Subtest of the Relation Inventory*<sup>10</sup> y *The Empathy Test*<sup>11</sup>.

Ninguna de estas escalas ha sido confeccionada específicamente para evaluar la empatía de los médicos, y al aplicarlas directamente se corre el riesgo de no captar -ni medir- la esencia del cuidado empático que se espera de ellos.

Hace algunos años, haciéndose eco de esta necesidad, un grupo de investigadores del *Jefferson Medical College* desarrolló un instrumento para evaluar la empatía en el contexto de la educación médica y del cuidado del paciente: la escala de empatía médica de Jefferson (EEMJ). Varias versiones de la EEMJ se han elaborado posteriormente versión S, para estudiantes; versión HP, para médicos y profesionales de salud; y otra versión para profesionales y estudiantes no relacionados con los medicina. LaEEMJ ha sido traducida y validada en 25 idiomas, pudiendo aplicarse en diversos

contextos culturales. El recurso de evaluación que supones la EEMJ ha originado estudios que miden la empatía entre estudiantes de Medicina, en los diferentes años de formación. Chen y cols.<sup>12</sup> identificaron en un estudio transversal una disminución del puntaje de empatía (medido con la EEMJ) entre estudiantes el tercer año, comparados con los de segundo. En otro estudio longitudinal se utilizó la EEMJ aplicada a estudiantes del tercer año, un grupo al principio y otro al final de curso, observándose también un descenso significativo del puntaje de empatía en el segundo grupo<sup>13</sup>.

Con el propósito de identificar el momento en que ocurre la erosión de la empatía, el *Jefferson Medical College* elaboró otro estudio con alumnos de primer, segundo, tercer y cuarto años, de 2002 a 2004, encontrando una erosión considerable al final del tercer año. Se trata de una publicación clásica<sup>14</sup> tremendamente sugestiva, incluso por su título: “El demonio está en el tercer año”. Más que parecer cómico, es un verdadero aviso para los educadores médicos.

El objetivo del presente estudio fue evaluar el grado de empatía en un grupo e estudiantes de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil.

## Material y métodos

Estudio descriptivo, comparativo y transversal. Muestra no probabilística de 205 alumnos. Se evaluó el grado de empatía entre estudiantes de Medicina de la Universidad de Sao Paulo, Brasil. Se comparó el nivel de empatía entre estudiantes de los primeros años de carrera (1° y 2°) y los de los últimos años (5° y 6°). El estudio se realizó de octubre de 2012 a febrero de 2013. La evaluación de la empatía se efectuó cuando la EEMJ (versión para estudiantes de Medicina) y la escala multidimensional de reactividad interpersonal (EMRI) de Davis, aplicándose simultáneamente a cada alumno. La EEMJ contiene 20 temas que se responden de acuerdo con la escala de Likert en su variante de siete puntos (Completamente de acuerdo=7 / Completamente en desacuerdo=1). La puntuación final máxima es de 140 (20x7), y cabe subrayar que esta escala evalúa atributos cognitivos de la empatía.

La EMRI, adaptada de Davis, fue incorporada al estudio para medir componentes multidimensionales de la empatía (cognitivos y afectivos). Esta escala se compone de 21 afirmaciones que describen modelos de comportamientos relacionados con la empatía. Cada asección debe responderse con una escala de cinco puntos tipo Likert (Me describe muy bien=5 / No me describe bien=1). Para identificar mejor los componentes afectivos y cognitivos, la EMRI se subdivide en tres escalas: consideración empática (componente afectivo), situarse en la perspectiva del otro (componente negativo) y angustia personal (componente afectivo); cada una se compo-

ne de siete enunciaciones, sumando un total de 21, y la puntuación final máxima sería 105 (21x5). Los estudiantes fueron divididos en dos grupos, de acuerdo con el año de carrera: el grupo básico (estudiantes de 1º y 2º) y el grupo de los internos (de 5º y 6º), y se comparó el puntaje de empatía entre ambos.

### Resultados

Los resultados (tabla 1) muestran que la mayoría de los estudiantes de Medicina -en ambos grupos- correspondió al sexo femenino. Al aplicar la EEMJ se obtuvo un puntaje de empatía significativamente menor ( $p$  menor 0.01) en el grupo de los internos. Por otro lado, al aplicar la EMRI de Davis no se encontró diferencia significativa entre los estudiantes de los últimos años y de los primeros.

No obstante, al comparar ambas escalas la media de los puntajes obtenidos con la EMRI fue siempre menor que la obtenida con la EEMJ ( $p$  menor 0.01); en la EMRI, los puntajes más bajos correspondieron a la dimensión afectiva cuando fue comparada con la cognitiva (tabla 2).

**TABLA 1. RESULTADOS DEL ESTUDIO**

	Jefferson	Davis	Davis Cognitivo	Davis afectivo
Mínimo-máximo puntaje	20-140	21-105	7-35	14-70
Máximo puntaje alcanzado	139	90	35	66
Mínimo puntaje alcanzado	77	42	13	31
Media	113	71	25	45

\*Test de Wilcoxon \*\*Test T de student

TABLA 2. PUNTAJES DE LAS ESCALAS DE EMPATÍA Y SUS MEDIOS			
	Básico (%)	Interno (%)	p-valor
Sexo			
• Masculino	34 (41.45%)	49 (39.8%)	0.82
• Femenino	48 (58.55%)	74 (60.2%)	
Edad			
• Mediana	21	24	menor 0.01
Puntaje Jefferson			
• Mediana	120	111	menor 0.01*
Puntaje Davis			
• Mediana	71	72	0.44**
Puntaje cognitivo Davis			
• Mediana	25	26	0.42**

## Discusión

A la luz de los resultados obtenidos, y en función de los datos que reporta la literatura sobre la empatía, surgen algunos factores que podrían estar implicados en la erosión del proceso de formación: la falta de ejemplos adecuados por parte de los formadores; una gran cantidad de información técnica a ser transmitida con la consecuente limitación de tiempo para abordar las cuestiones humanísticas que delinean la relación médico-paciente<sup>6</sup>; la tensión que surge entre los ideales del estudiante y la práctica clínica cotidiana en la cual surge la duda ética<sup>14</sup>; la sobrecarga emocional que se deriva del contacto con el sufrimiento<sup>15</sup>.

Es evidente que el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Intervenir en este proceso consistiría más que en enseñar cosas nuevas -“enseñar a ser empático”- en prevenir su pérdida. Las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla. Como marco de fondo permanece la pregunta clave: ¿es la empatía algo que se puede enseñar? Y, en caso positivo, ¿cómo se enseña? ¿Nacemos con capacidad fija de empatía o podemos crecer en esta actitud?

La denominada erosión de la empatía en el estudiante de Medicina durante el curso de graduación -dato que la literatura apunta con insistencia preocupante- es una realidad que los resultados del presente estudio comprueban, ahora en un escenario latinoamericano, con la aplicación de la EEMJ, y al incluir la EMRI de Davis sorprende que la dimensión afectivo-emotiva de la empatía tenga poca presentación en la actitud empática. Es posible que la mayoría de los estudiantes seleccionados para ingresar a la carrera de Medicina carezca de la dimensión afectiva de la empatía

desde el primer momento. Algo paradójico pero posible, que llevaría a interrogarse sobre la calidad y eficiencia de la selección de los futuros estudiantes de Medicina. La erosión de la empatía que se demuestra con la EEMJ conduce también a preguntarse si los alumnos que tuvieran mejores puntajes afectivos de empatía estarían más protegidos de este desgaste. Finalmente, este resultado podría interpretarse entendiendo que, a pesar de utilizar una escala válida (EMRI de Davis), por estar destinada a cualquier público -no específicamente a la educación médica- no sea un instrumento adecuado para medir los niveles de empatía: esa que el alumno pareciera que dilapida en sus años de formación universitaria.

Las limitaciones de este estudio son consecuencia de las características de una investigación unicéntrica, con estudiantes de una misma facultad, lo que comprometería la generalización. Por otro lado, los resultados encajan perfectamente con los señalados por otros investigadores. Este trabajo se constituye en un primer paso para apuntalar futuras investigaciones que deberían realizarse a fin de identificar los factores que durante la formación médica colaboran en la erosión de la empatía y las estrategias educativas que habría que desarrollar para prevenirla; tema que si bien es importante para la medicina en general, para los médicos familiares es verdaderamente esencial.

## Bibliografía

1. Hojat M. *Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. New York, N.Y.: Springer; 2007.
2. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*. New York, N.Y.: Oxford University Press; 2001.
3. Davis MH. *Empathy: A social Psychological Approach*. Madison, Wis.: Brown and Benchmark Publishers; 1994.
4. Irving P, Dickson D. *Empathy: towards a conceptual framework for health professionals*. Int J. Health Care Qual Assur Inc. Leadersh Health Serv. 2004; 17:212-20.
5. Davis MH. *Measuring Individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach*. J. Pers Soc Psychol. 1993, 44:113-26.
6. Hogan R. *Development of an empathy scale*. J Consult Clin Psychol. 1969; 33:307-16.
7. Mehrabian A, Epstein NA. *A measure of emotional empathy*. J Pers. 1972; 40:525-43.
8. LaMonica EL. *Construct validity of an empathy instrument*. Res Nurs Health. 1981; 4:389-400.
9. Carkhuff R. *Helping an Human Relations: Selection and Training, vol. 1*. New York, Holt, Rinehart, and Winston; 1969.
10. Barrett-Lennard GT. *Dimensions of Therapist Response as Casual Factors in*

*the Therapeutic Change*. Psychol Monogr. 1969; 76 (43, Whole No.562)

11. Layton JM. *The use of modeling to teach empathy to nursing students*. Res Nurs Health. 1979; 2:163-76.

12. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. *A cross-sectional measurement of medical student empathy*. J Gen Intern Med. 2007; 22:1434-8.

13. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. *An empirical study of decline in empathy in medical school*. Med Educ. 2004; 38:934-4)

14. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. *Una nueva metodología docente en Bioética: Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil*. Persona y Bioética. 2008; 12(2): 132-44.

15. Lara JRL, Mora RR, Campayo JG. *Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients?* Aten Primaria. 2009; 41 (11): 646-9.

16. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G, et al. *The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School*. Acad Med. 2009; 84:1182-91.

# OBJETIVACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. LA DESPERSONALIZACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SA- LUD

**Jonathan Adrián Georgalis**

Lic. en Filosofía (U.B.A.)

Comité de Bioética del Hospital General de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”

yonnic1986@hotmail.com

**Paula Virginia Tarancón**

Prof. de Enseñanza Media y Superior en Filosofía (U.B.A.)

Comité de Bioética del Hospital General de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”

pvirginiat@yahoo.com.ar

28

*La investigación natural, que es manifestación y condición de la existencia, no encierra en sí la existencia entera. Cuando incluye al hombre mismo dentro del radio de sus investigaciones, y pretende penetrar su esencia con idénticos procedimientos que aquéllos de que se sirve para afrontar el mundo, se le escapa necesariamente el carácter específico, original y propio de la existencia como tal. El hombre no puede quedar reducido a simple objetividad, porque es la condición de cualquier objetividad. Sus rasgos verdaderamente humanos, los caracteres que lo distinguen e individualizan frente a todas las demás cosas del mundo, no se dejan penetrar ni entender por una investigación que, en virtud de su misma constitución, no puede tener como mira sino la objetividad mensurable. La investigación natural no versa sobre la existencia humana, porque está condicionada por ésta y sólo nace de la afirmación auténtica de ésta. La técnica es indispensable al hombre, pero no concierne propiamente al hombre. Toda incumbencia humana, de paz o de guerra, exige instrumentos y máquinas; pero instrumentos y máquinas no sirven de nada sin hombres que sepan y quieran utilizarlos. Y la naturaleza de estos hombres no es problema de técnica científica<sup>1</sup>. Nicolás Abbagnano*

---

1. Nicolás Abbagnano. Introducción al Existencialismo. Fondo de Cultura Económica. México. 1962.

El Sujeto que construye referencialmente las sistematizaciones conceptuales que configuran la filosofía y la ciencia, el mismo que es un dato originario, es siempre un Yo, un individuo existente y concreto. El Yo establece esquemas teóricos que permiten establecer una relación de efectividad, gradualmente más potente, con su ámbito de interacción vital. En esos esquemas introduce “El mundo”, ajustándolo a la limitación de sus medios cognoscitivos. No es el interés aquí establecer una crítica epistémica que, por otro lado, ya ha sido llevada a cabo por grandes autores y que, en nuestro caso, puede aguardar ocasiones más pertinentes. Se trata de reconocer y resaltar, una y mil veces, el dato fundamental de nuestra subjetividad, esto es, la realidad insustituible de nuestro Yo. El mundo no es solamente un mundo de cosas, sino también de personas; y la acción práctica, que involucra a otros individuos, impone determinadas condiciones normativas que el sujeto debe respetar, bajo el riesgo de perder o degradar aquella sustancia profunda, que es la misma que lo convierte en humano.

La esencia de lo humano consiste, precisamente, en un tener que hacerse. El hombre es una tarea, que tiene por condición, origen y destino a la libertad, como fundamento de un dinamismo que le es específico. La indeterminación fundamental de su posibilidad no implica la noción, mal interpretada, de la negación en el hombre de toda esencia o *Quiddidad*. Se trata de resaltar ese carácter del dinamismo, en virtud del cual el hombre se cualifica esencialmente en función de los objetivos que se proponga. El hombre se determina a sí mismo, constituyendo una naturaleza de la que es responsable en virtud de la potencia constituyente de su libertad. Al mismo tiempo, debe comprenderse que, considerado el dinamismo desde una perspectiva temporal, todo lo que es vendrá al ser en virtud de la actualización de una potencialidad; en otros términos, la realidad efectiva, el ser, encuentra su fundamento en la posibilidad que, en el caso del hombre, existe en y por la libertad.

Por eso la libertad, que es el fundamento sustantivo del hombre, existente en sus propios fondos como condición de su dinamismo específico, existe también como exigencia y destino normativo en el que el hombre reconoce, en la realización de esa posibilidad, su propia y más genuina cualificación esencial<sup>2</sup>.

---

2. En relación a este carácter esencialmente libre que define al hombre, nos dice el pensador argentino Vicente Fatone: “No soy sino mi libertad; pero no soy mi libertad, porque no soy; tengo que ser. La libertad y la conciencia son una sola cosa; no es libertad la que no se ejerce, como no es conciencia la que no se temporaliza. Esto significa que el hombre no es *naturalmente* libre, ni *naturalmente* consciente. Puede un hombre ser esclavo a través de toda su vida; lo será en la medida en que no sea consciente. Basta insistir en el “si” de la niñez, para permanecer en la esclavitud y ser cosa entre las cosas. Expresado de otra manera: no hay nada que hacer, para ser esclavo; para ser libre hay que hacerlo todo y, haciéndolo todo, hacerse; por eso yo, libre en este instante, puedo ser esclavo en seguida, y cualquier esclavo ser súbitamente libre” (Vicente Fatone. *La existencia humana y sus filósofos*. Raigal. Buenos Aires. 1953).

La posibilidad, que extiende un marco de indeterminación hacia el futuro que proyecta la libertad, aparece aquí en su realidad más angustiosa. La libertad consiste simplemente en que *se puede* -como quería Sören Kierkegaard-, que es la aptitud originaria para engendrar posibilidades y, solo por ello, el hombre es un ser capaz angustiarse<sup>3</sup>. Pero es el caso que, dentro del horizonte de la propia libertad, aparece la esclavitud y la servidumbre interna. En ese caso, el hombre reniega de su propia naturaleza, y deja de ser un sujeto para constituirse en una cosa entre las demás cosas. Solamente el hombre que reconoce la realidad sustantiva de su yo, y el dinamismo específico abierto por la libertad a la posibilidad, puede ser un hombre realizado: una vez que ha integrado en sí su posibilidad más auténtica y significativa. Dado que la libertad, en términos estrictos, no significa otra cosa que Creación, creación de un nuevo estado de la realidad, creación de la posibilidad, pero también creación de sí mismo en tanto sujeto constituido auténticamente como individuo humano, nadie puede crearme; aunque tampoco puedo crearme en aislado<sup>4</sup>.

La libertad impone responsabilidad en la decisión que determine el curso de mi conducta. La decisión, por lo demás, no solamente me afecta a mí mismo, sino también a los demás individuos que conforman mi ámbito de realización. Los demás aparecen aquí como otros sujetos que son condición de mi propia libertad, dado que mi propia constitución metafísica como sujeto supone la actualidad de los otros Yo, la realidad de la inscripción existencial en un *Cosmos* humano.

De este modo, los otros sujetos son condición de posibilidad de la reali-

---

3. “Ésta es la realidad, que viene precedida por la posibilidad de la libertad. Por cierto que esta posibilidad no consiste en poder elegir lo bueno o lo malo. Semejante desatino no tiene nada que ver ni con la Sagrada Escritura ni con la verdadera filosofía. La posibilidad de la libertad consiste en que se puede. En un sistema lógico es demasiado fácil decir que la posibilidad pasa a ser la realidad. En cambio, en la misma realidad ya no es tan fácil y necesitamos echar mano de una categoría intermedia. Esta categoría es la angustia, la cual está tan lejos de explicar el salto cualitativo como de justificarlo éticamente. La angustia no es una categoría de la necesidad, pero tampoco, lo es de la libertad. La angustia es una libertad trabada, donde la libertad no es libre en sí misma, sino que está trabada, aunque no trabada por la necesidad, sino por sí misma” (Sören Kierkegaard. El concepto de la angustia. Libertador. Buenos Aires. 2006).

4. Así, nos hará saber Vicente Fatone, en su libro consagrado a La existencia humana..., que “Nadie puede crearme; pero yo no puedo crearme aislado. La vida del espíritu es ejercicio de la libertad; pero la libertad sólo se ejerce en un mundo de personas, no de cosas. Por eso la vida del espíritu exige la multiplicidad de las personas. Ése es el sentido de la pluralidad de personas divinas afirmada por la teología occidental, y del ‘estaba solo y quiso ser dos’ con que la teología oriental traduce lo mismo. Soy persona porque otros son personas; en un mundo de cosas yo no sería persona. La libertad libertad va cercando, ch’è sì cara. Mi libertad exige la libertad ajena; y esclavizar es esclavizarse, pues al esclavizar me aislo y dejo de ser lo que la libertad quiere que cada uno de nosotros sea: un primus inter pares. La libertad no es una aspiración sino una con-spiración; conspiración en la que nuestra es la culpa y nuestro el mérito” (Vicente Fatone. La existencia humana y sus filósofos. Raigal. Buenos Aires. 1953).

zación de mi libertad. Son condición necesaria, hemos dicho, mas no suficiente. La determinación procederá siempre de mi elección, que engendra y se desarrolla en una especie de dinamismo interior. Y es el caso que el hombre puede comportarse de una manera o de otra con ese universo y circunstancias con que, en cada caso, se encuentre en su situación originaria. Toda elección para con ese mundo es una elección del individuo para consigo mismo. El hombre, al elegir un curso de acción, elige también sobre sí, se crea su personalidad y diseña los trazos de su destino<sup>5</sup>. Elegir su humanidad involucra aceptar su libertad, y aceptar su libertad exige aceptar la realidad de su propia naturaleza indeterminada conjuntamente con las condiciones de posibilidad de su propia realización; en otros términos, supone reconocer la existencia de los otros individuos y su status ontológico como sujetos en trance de realización.

Ahora bien, de lo que se trata finalmente es de reconocer, más allá de las dificultades aparentes, algo por demás simple. El reconocimiento de la realidad auténtica de la propia personalidad es el fundamento normativo del respeto de la personalidad ajena. Realizar comprensivamente mi propia libertad supone reconocermelo como sujeto, esto es, un Yo, un centro insustituible de existencia. Es cierto, por lo demás, que, entre los distintos individuos, la conciencia de este Yo puede encontrarse más o menos desarrollada y en algunos casi totalmente adormecida o anulada, de modo que existirá siempre una graduación entre los distintos individuos, que puede llegar a ser abismal, así como su comprobación prodigiosa<sup>6</sup>.

31

---

5. Recordemos las palabras escritas por Oscar Wilde en una carta memorable: “olvidé que la más íntima de las acciones cotidianas forma o destruye el carácter, y que, por lo tanto, algún día habremos de gritar desde el tejado lo cometido en el secreto de la alcoba. Perdí el dominio sobre mí mismo. Dejé de ser el piloto de mi alma, sin advertirlo. En cambio me dejé dominar por el placer, y vine a acabar en esta tremenda vergüenza. Ahora ya sólo me resta una cosa: la humildad perfecta” (Oscar Wilde. *De profundis*. Edicomunicación. Barcelona. 1995).

6. Y, dentro de dicha gradación, de acuerdo a Weininger, “El hombre genial es aquel que ha llegado a tener conciencia de su Yo. Por esto capta antes que los demás la diversidad de sus semejantes y siente el Yo de los otros individuos cuando éstos todavía no han llegado a sentirlo tan intensamente como para poder concienciarlo. Tan sólo quien siente que los restantes individuos son también un Yo, una mónada, un centro propio del mundo, con sentimientos y pensamientos propios y un especial pasado, no correrá peligro de utilizar a sus semejantes simplemente como un medio para un fin; según la ética kantiana, presentará la personalidad (como parte del mundo inteligible) también en los demás y por ello la respetará y no se colocará en pugna con ella. Condición fundamental psicológica de todo altruismo práctico es, pues, el individualismo teórico.

Éste es, por tanto, el puente que dirige la conducta moral frente a uno mismo y frente a los demás, ese lazo de unión cuya ausencia en la filosofía kantiana fue injustamente considerada como un error por Schopenhauer y como una impotencia necesariamente inherente a sus principios esenciales.

Es fácil demostrar nuestro aserto. Sólo el delincuente embrutecido y el loco no se interesan en modo alguno por sus semejantes, y viven como si estuvieran solos en el mundo *sin sentir siquiera la presencia de los extraños*. No existe, pues, un *solipsismo práctico*; cuando se tiene un Yo se reconoce también el de los demás y tan sólo cuando un individuo ha perdido

De este modo, el principio ético fundamental, según creemos, consiste en reconocer a los otros sujetos un carácter existencial similar al nuestro y esencialmente distinto al de los objetos. Entre los sujetos se establecen relaciones que incorporan elementos normativos de carácter ético o legal, en tanto que con los objetos se establecen relaciones instrumentales y utilitarias. Este es el fundamento de la propuesta ética kantiana, que impone el imperativo de considerar a los otros sujetos como fines en sí mismos. Considerarlos como medios supone desnaturalizarlos e instrumentalizarlos. Comportarme de ese modo implica mi degradación, en tanto abduco de mi libertad y me someto a una servidumbre que determina mis voliciones desde una instancia de condicionamiento completo, que puede adquirir diferentes formas.

Precisando las reflexiones, y buscando un ámbito en que éstas se muestren operativas en una consideración actual y que atienda a la práctica disciplinar de la medicina, debemos acercarnos de a poco a la naturaleza concreta de dicha actividad. La medicina no es un puro saber teórico, ya que no se orienta hacia el puro conocer, sino que conoce en función de un fin. La medicina será, por tanto, una técnica; pero, a diferencia de otras técnicas, no tiene que vérselas con cosas, sino con otros sujetos, con personas. La técnica médica tiene por finalidad combatir la enfermedad, intentar restablecer la salud y, cuando ello no sea posible, acompañar al enfermo e intentar aliviar su dolor, que es siempre un dolor humano.

32

De este modo, la medicina se establece en una relación que involucra sujetos. La relación, no obstante lo anterior, no es del todo simétrica toda vez que los sujetos se encuentran especificados cumpliendo un rol no intercambiable y esencialmente diverso dentro de la relación. En la medida en que esta técnica se ejerce en una actividad que involucra a otros sujetos, su ejercicio involucra consideraciones normativas de carácter legal, pero también ético. Uno de sus elementos es el médico, el otro es el paciente. Ahora bien, la diferencia no debe hacernos olvidar la identidad fundamental de los términos.

La relación se encuentra desnaturalizada, fundamentalmente:

1. Tanto cuando se considera al paciente como un objeto,
2. Como cuando se considera al médico como un objeto (hecho éste último generalmente ignorado, aunque no deja de ser sintomático de una situación que configura todo un estado de cosas).

Ahora bien, ambas situaciones de desnaturalización no hacen sino representar aspectos diferentes de un mismo proceso, que tiene por base el

---

su núcleo esencial (lógico y ético) no reacciona ante los otros, considerándolos como seres con personalidad completamente diferentes. *El Yo y el Tú son, en consecuencia, conceptos recíprocos.* (Otto Weininger. *Sexo y carácter.* Losada. Buenos Aires. 1959).

desdibujamiento y la progresiva pérdida de contornos de la personalidad, lo que representa una auténtica alienación del sujeto, que es siempre un Yo y un centro existencial portador de conciencia.

En lo que hace a la consideración del paciente como un objeto, no hay más necesidad que echar una mirada al sistema sanitario y los negocios inmensos constituidos en torno a prácticas que involucran a profesionales de la medicina. El sistema sanitario, o al menos la práctica habitual de determinados centros de salud, muchas veces recomienda tratamientos y estudios superfluos u onerosos o, peor aún, ejecutan prácticas fútiles o dañinas para la salud del paciente; y todo ello por un simple afán económico. Este fenómeno, en realidad, no puede ser desvinculado de un contexto general de progresiva proyección del núcleo existencial hacia la periferia de un mundo exteriormente determinado y cada vez más socializado. Esta época, que desdibuja cada vez más la relación de sujeto a sujeto, se encuentra dominada por el imperio omnipotente y omniabarcador del dinero<sup>7</sup>.

El poder de la economía pesa con cada vez más fuerza sobre nuestras existencias. En este proceso, los contornos individuales se pulen. Las piezas deben encajar en un proceso de producción, intercambio y socialización, cada vez más impersonal, hasta el punto de que la propia existencia adquiere un tono de abstracción y la conciencia moral representa algo así como un ornato pernicioso o superfluo. En el mundo moderno, el hombre es un perfil abstracto, una cifra o un nombre en un legajo, un sujeto en disponibilidad. Entramos de lleno en la era del individuo-mercancía. Y es claro que el signo y el carácter de la mercancía pasa por su utilización, la aptitud para su sustitución y, finalmente, su instrumentalización, con el afán de satisfacer una necesidad dada o bien presentarse como una simple ocasión para proporcionar algo de bienestar.

Es cierto que el poder de la necesidad, y el condicionamiento impuesto por las exigencias de la propia naturaleza, en todas las épocas han determinado parcialmente la existencia. Se trata, finalmente, de una diferen-

---

7. Tal como lo expresa el sagaz, aunque no muy conocido, filósofo ruso Nicolás Berdiaev en su libro dedicado a la *Esclavitud y libertad del hombre*, "El dinero es el símbolo de lo impersonal, hace posible el cambio impersonal de toda cosa contra cualquier otra cosa. Pero, aun en cuanto propietario, el burgués pierde su nombre propio y se convierte en un anónimo. En el reino del dinero, en los libros de contabilidad de los bancos, sólo se ven números, tras los cuales desaparecen los nombres de los propietarios. El hombre se aleja cada vez más del mundo real, para perderse en un mundo ficticio. El reinado del dinero es doblemente horroroso pues su poder no sólo constituye una afrenta para el pobre y el que no posee, sino que hace de la existencia una ficción, algo espectral. El reino del burgués desemboca en la victoria de la ficción sobre la realidad. Y la ficción constituye la expresión extrema de la objetivación de la existencia humana. Contrariamente a lo que por lo general se piensa, la realidad es el atributo, no de lo objetivo, sino de lo subjetivo. La primacía pertenece al sujeto, y no al objeto" (Nicolás Berdiaev. *Esclavitud y libertad del hombre*. Emecé. Buenos Aires. 1955).

cia en el alcance y la intensidad de dicha determinación. Y es claro que el condicionamiento más intenso se verifica cuando el hombre debe proveer, no solamente a lo necesario, sino también a lo superfluo. Ahora bien, esta es la época de la superfluidad y la vanalidad, que se imponen con la fuerza de una necesidad, a veces aún más intensa y dolorosa, que la de proveer a las necesidades vitales o existenciales; y son estas necesidades multiplicadas artificialmente al infinito las que la sociedad se encuentra incapaz, por principio, de satisfacer, toda vez que las necesidades reales de la humanidad son fácilmente solventables. Es así que se explica que, aun cuando el peso de la necesidad exterior haya existido en todas las épocas a lo largo de la historia (épocas con mucho menor potencial técnico), debemos reconocer del mismo modo que antes el poder del economismo no era tan universal y avasallador como lo es en nuestro tiempo<sup>8</sup>.

La transformación del individuo en vendedor y mercancía es paralela y correlativa a la transformación del médico en embaucador y mercantilista. Y, en el reverso mismo de la desnaturalización de la relación, encontramos al paciente que considera al médico como un objeto. Considerar al médico como un mero objeto involucra la noción más o menos precisa de que se trata de una herramienta más, sin ningún perfil humano detrás. El médico no es ya un individuo, es un objeto que debe satisfacer mi necesidad o, en algunos casos, proveer a la satisfacción de caprichos estéticos.

34

El médico, hemos dicho, es siempre un individuo, una persona libre con responsabilidades morales, a las que debe dar una solución de una manera autónoma. Desconocer este carácter existencial explica muchas de las violencias verificadas en el ejercicio de sus tareas. El proceso de despersonalización y progresiva alienación se nos hace patente, de este modo, en el incremento de los actos de violencia en el ámbito del sistema sanitario. El motivo es, finalmente, bastante simple: con una persona se discute, se dialoga y consensúa; en tanto que las cosas son sometidas e instrumentalizadas al arbitrio de los sujetos.

Desconocer la responsabilidad y la libertad inherente del sujeto implica una violencia contra su naturaleza. Esa violencia puede ser física o psicológica, pero también puede ser normativa o simbólica. Hemos visto ya que la conducta humana cae bajo el juicio de dos consideraciones normativas:

---

8. En *El destino del hombre contemporáneo*, Nicolás Berdiaev aprovecha la ocasión para hacernos ver que “antes el poder del economismo no era tan universal como lo es en nuestra época, y muchas cosas estaban fuera de la esfera de su dominio; ahora nada ni nadie puede substraerse al dominio de esta fuerza poderosa. Todos se encuentran bajo el signo de la preocupación, y los que tienen seguridad en el día de hoy carecen de ella en el día de mañana. La vida, en el mundo entero, se ha colocado definitivamente bajo el signo del economismo y los intereses económicos han llegado a ser predominantes y despóticos, subordinando a todos y a todo. Las masas viven principalmente en función de los intereses económicos. Esta circunstancia repercute fatalmente en toda la cultura, la que llega a convertirse en un lujo superfluo” (Nicolás Berdiaev. *El destino del hombre contemporáneo*. Pomaire. Barcelona. 1967).

la legal y la ética. Lo ideal supone la consistencia, aun cuando disminuyan en alcance, entre ambas instancias. Pero, en la práctica se verifica un conflicto<sup>9</sup>, toda vez que el sistema legal no deja de ser un producto humano socialmente condicionado por actores con poder económico, social o político, con representantes variables en el tiempo y diferenciales en el espacio. Las consideraciones éticas profundas difícilmente lograrán constituirse, en este contexto, en un factor de cierta relevancia, de modo que serán relegadas a una consideración secundaria, en algo así como un placebo para la conciencia. Y es que, siguiendo a Berdiaev, vivimos en la era del “mandato social”, que se infiltra en la conciencia al modo de una potencia férrea y de carácter sutil, pero de presencia omniabarcadora y naturaleza oscura. Esta fuerza ciega que, desde dentro, conforma y modela la conciencia tiene que ver, claramente, con la irrupción de las masas en el marco de la vida espiritual y con el papel cada vez más mayor adquirido, en el mundo contemporáneo, por la “opinión pública”<sup>10</sup>.

Esta idea de la masa que esbozamos es la misma que considera y desarrolla in extenso Ortega y Gasset<sup>11</sup>. No se trata esta de una especificación económica o una determinación social, sino, en un sentido eminente y estricto, de una posición existencial y de su subsiguiente orientación cultural. De este modo es que puede hablarse (y concebirse) con sentido de la barbarie de la ultraspecialización, que diseña las subjetividades del mismo modo que una herramienta refinada que debe inscribir su función en un mecanismo extremadamente complejo, que marcha a la deriva cargando con nuestra conciencia conjuntamente con nuestra carne y huesos.

Nos hemos detenido en las dos formas fundamentales de desnaturalización que padece la práctica de la medicina. Pero no olvidamos que una tercera posibilidad, ejercida muchas veces en la práctica por el poder político y el económico, consiste en considerar ambos elementos de la relación como objetos. De esta manera, tenemos a los empresarios inescrupulosos o a los políticos demagogos que introducen productos dañinos o superfluos, o bien administran políticas de salud pública no con fines

---

9. Un magnífico ejemplo de este conflicto de normatividades puede encontrarse desarrollado por Sófocles en su genial Antígona.

10. Afirma Berdiaev: “Vivimos en la era del ‘mandato social’. El mandato social de las masas determina lo que deben ser la cultura, el arte, la literatura, la filosofía, la ciencia e incluso la religión. No existe un mandato social sobre la elevada cultura cualitativa, sobre la cultura espiritual, sobre la filosofía verdadera, sobre el verdadero arte; él existe sobre todo para la técnica, para la aplicación de las ciencias naturales, para la economía; no existe mandato para lo que se relaciona con el espíritu y lo espiritual. La energía espiritual se ha invertido y se dirige hacia objetivos completamente ajenos a lo espiritual” (Nicolás Berdiaev. El destino del hombre contemporáneo. Pomaire. Barcelona. 1967).

11. “El hombre-masa es el hombre cuya vida carece de proyecto y va a la deriva. Por eso no construye nada, aunque sus posibilidades, sus poderes, sean enormes. Y este tipo de hombre decide en nuestro tiempo” (José Ortega y Gasset. La rebelión de las masas. Altaya. Barcelona. 1993).

sanitarios, sino publicitarios o por compromisos prebendarios, estimulando prejuicios sociales, o que actúan con fines netamente proselitistas. Lo mismo puede decirse de la constitución de los códigos que reglamentan la práctica de la medicina y a los cuales les correspondería asegurar el acceso a la salud, los cuales deben involucrar, en cuanto a su redacción, tanto un carácter consultivo como también vinculante respecto de los dos actores fundamentales implicados en la práctica de la medicina; y que, a su vez, deben estar diseñados, además de con la suficiente solvencia técnica, con un claro sentido humanitario.

En última instancia, a lo largo de todo este trabajo, no hemos hecho sino detenernos y dejar en claro unos pocos puntos muy sencillos. El término de estas meditaciones nos introduce un cuadro situacional inquietante. Se nos impone hoy, más que nunca, un esfuerzo reflexivo por restablecer al Yo, recogerlo desde la periferia de la existencia hacia la que se encuentra proyectado, y donde se encuentra casi perdido. Por lo que nos es menester integrar al hombre a su propia condición y asumir las responsabilidades correlativas a su decisión, la dignidad inherente de su libertad interior. Solamente reconociendo esta dignidad, concomitante al status ontológico del sujeto, podremos llegar a ser libres, no de palabra o en simple artificio retórico, sino realizándonos como hombres libres; lo que no deja de ser nuestra potencia más excelsa. Solamente por este medio el hombre podrá dejar de esclavizarse a sí mismo, quedando a merced de fuerzas oscuras, y dejará también, al mismo tiempo, de esclavizar al prójimo. Nuestra propuesta, ya lo hemos dicho, no trata más que de sostener, en el fondo, algo muy simple, pero no por ello menos ambicioso: afirmar la jerarquía de los valores, reintegrar y reordenar las energías, y orientar la libertad en la construcción de un mundo cada vez más humano. En otros términos, asumir nuestra condición de personas libres.

36

## Bibliografía

1. **Abbagnano, Nicolás.** *Introducción al Existencialismo*. Fondo de Cultura Económica. México. 1962.
2. **Berdiaev, Nicolás.** *Esclavitud y libertad del hombre*. Emecé. Buenos Aires. 1955.
3. **Berdiaev, Nicolás.** *El destino del hombre contemporáneo*. Pomaire. Barcelona. 1967.
4. **Fatone, Vicente.** *La existencia humana y sus filósofos*. Raigal. Buenos Aires. 1953.
5. **Kierkegaard, Sören.** *El concepto de la angustia*. Libertador. Buenos Aires. 2006.
6. **Ortega y Gasset, José.** *La rebelión de las masas*. Altaya. Barcelona. 1993.
7. **Weininger, Otto.** *Sexo y carácter*. Losada. Buenos Aires. 1959.
8. **Wilde, Oscar.** *De profundis*. Edicomunicación. Barcelona. 1995.

# MODIFICACIÓN DEL NIVEL DE EMPATÍA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE LA GRADUACIÓN MÉDICA

## ***Graziela Moreto, MD***

Médico de Familia. Directora de Programas Internacionais SOBRAMFA. Profesora da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Nove de Julho.

## ***Pablo González Blasco, MD, PhD***

Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA. Profesor de Post-grado en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo.

## ***Marco Aurélio Janaudis, MD, PhD***

Doctor em Medicina. Secretario General de SOBRAMFA. Profesor de la Faculdade de Medicina de Jundiaí.

## ***Maria Auxiliadora C. de Benedetto, MD***

Médico de Familia. Directora do departamento de Humanidades em SOBRAMFA. Profesora da Escola Paulista de Medicina. UNIFESP.

37

## Introducción

La Medicina vive tiempos de vertiginoso progreso técnico. Paralelamente, nunca se llegó a semejante nivel de despersonalización en la relación médico paciente. Por otro lado, aunque nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico paciente, parece que en la práctica esas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en los años de graduación médica.

La Medicina es una profesión al servicio del ser humano. Cultivar los valores humanos en general, y desarrollar las habilidades interpersonales y la empatía en particular, son elementos fundamentales para bien ejercer la profesión médica<sup>1</sup>.

---

1. 259 Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182-1191.

Algunos estudios sugieren haber una transformación drástica en el estudiante de medicina durante su proceso de formación. En los primeros años, la mayoría de los estudiantes rebosan entusiasmo e idealismo por ser médicos, y se muestran más sensibles con el sufrimiento del paciente<sup>2,3,4</sup>. Con el pasar de los años, el idealismo parece olvidarse, y se inicia un proceso de “deshumanización”, donde el paciente pasa a ocupar un papel secundario en la práctica médica.

No se puede negar la fuerte influencia que el actual modelo de formación médica tiene sobre ese proceso de deshumanización<sup>5</sup>. La información técnica a ser transmitida es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico paciente. Esta metamorfosis -verdadera desproporción- ha sido descrita con una pérdida traumática de la humanización<sup>6</sup>. Se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización donde se puede resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos, ahora estudiantes en momento de formación. Es evidente el beneficio de saber intervenir lo antes posible -cuanto antes mejor- en esa dimensión de la educación médica.

Vale comentar que aspectos que integran el comportamiento del ser humano pueden ser modelados, y pasibles de ser enseñados<sup>7</sup>. Habrá que empezar por no enseñar lo contrario, pues la cultura instalada en muchas facultades de medicina sugiere mantener distancia emocional del enfermo, como si eso favoreciera la actitud profesional. Igualmente se dedica tiempo a discutir casos, pero raramente se habla de “la persona enferma, de su enfermar personalizado”<sup>8</sup>. Naturalmente, todo esto contribuye negativamente al desarrollo de la empatía en los estudiantes.

Las investigaciones sobre el grado de empatía entre médicos y estudiantes de medicina, son limitadas por un doble motivo. Por un lado, el concepto de empatía no está bien definido en muchos casos; por otro, se carece de un instrumento eficaz para medirla. Sin poder medirla adecuadamente -evaluando y cuantificando, de algún modo- la discusión sobre

---

2. Kay J. Traumatic deidealization and future of medicine. *JAMA*. 1990;263:572-573.

3. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA*. 1990;263:527-532.

4. Authier J. Showing warmth and empathy. In: Hargie O, ed. *A Handbook of Communication Skills*. London, England: Croom Helm; 1986:441-465.

5. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse: Incidence, severity, and significance. *JAMA*. 1990;263:527-532.

6. Edwards MT, Zimet CN. Problems and concerns among medical students. *J Med Educ*. 1976;51:619-625.

7. Karr MD. Acting in medical practice. *Lancet*. 1994; 344:1436

8. Howard Spiro, MD *The Practice of Empathy*. *Academic Medicine*, Vol. 84, No. 9 / September 2009

los factores que contribuyen a la erosión de la empatía se constituye en tarea difícil<sup>9</sup>.

## Concepto de Empatía

Tener un concepto claro de lo que sea la empatía es fundamental para poder elaborar un instrumento que pueda medirla en el contexto de la educación médica. Ese es el punto de partida para desarrollar estrategias futuras.

La palabra empatía se origina del griego *empathia*, y significa saber apreciar los sentimientos de otro. El término inglés *empathy*, introducido en 1909 por el psicólogo inglés Edward Bradner Titchener, como traducción de la palabra alemana *emfühlung*. El vocablo alemán fue, por su vez, utilizado por primera vez por Robert Vischer, filósofo e historiador del arte, para describir los sentimientos de quien observaba, apreciándola, una obra de arte. Titchener quería, pues, dar a entender que empatía era el intento de comprender mejor otro ser humano como fruto de su contemplación. Fue Southard, en 1918, el primero que incorpora el término en la relación médico-paciente, como un recurso facilitador del diagnóstico y de la terapéutica<sup>10</sup>.

Algunos autores estudian la empatía -cuando considerada en el contexto de la educación médica y del cuidado con el enfermo- bajo el aspecto predominantemente cognitivo, que abarca tanto el entender las experiencias y preocupaciones del paciente, como la capacidad de comunicarse con él. Sería, de algún modo, como aproximarse del modo de ver el mundo que el otro tiene, entender su perspectiva.

Desde el punto de vista educativo la vertiente cognitiva de la empatía se torna sugestiva, porque parece posible enseñarla y aprenderla.

Deseo de ayudar, de aliviar el dolor y el sufrimiento son otras de las características de la empatía. Al buscar definiciones de empatía nos encontramos con predicados como acto de comprender, percibir los pensamientos, experiencias y sentimientos de otros sin, necesariamente, tener que sentirlos personalmente.

Halpern<sup>11</sup> apunta que la empatía aproxima al médico del paciente que, por su vez, consigue exponer mejor sus quejas y preocupaciones, facilitan-

---

9. Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School Acad Med. 2009; 84:1182-1191.

10. Hojat M. Empathy in Patient Care. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York, NY: Springer; 2007

11. Halpern J. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. New York, NY: Oxford University Press; 2001

do el diagnóstico y el tratamiento. Mediante la empatía la autonomía del enfermo, y su seguridad también se fortalecen, contribuyendo a su recuperación. El proceso donde transita la empatía alcanza el comportamiento del médico, y su actitud al enfrentar los pensamientos y sentimientos del enfermo; el modo de comunicarse que implica cordialidad, afecto, sensibilidad<sup>12</sup>. Es evidente que si la empatía facilita el trabajo del médico para mejor cuidar del paciente, es objetivo a ser alcanzado -y enseñado- a los futuros médicos.

Irving y Dickson<sup>13</sup> estudian la empatía como actitud que contempla la habilidad comportamental junto con la dimensión cognitiva y afectiva de la empatía. No se debe ignorar el componente emotivo de la misma, que se relaciona con la capacidad de *sentir* las experiencias y sentimientos de otro. Surge un sentimiento espontáneo de identificación con el que sufre, facilitado por la emoción. En el caso del estudiante esta perspectiva se revela gran facilidad.

Situándonos en la relación médico paciente eficaz, habría que sugerir que la dimensión cognitiva de la empatía debe predominar sobre la emotiva, sin dispensarla.

Entender con objetividad, para cuidar con eficacia, sin dejarse llevar por el sólo *sentir*, y pero sin dejar de incorporarlo en las decisiones. Todo un arte que necesita ser aprendido y, sobre todo, promovido, enseñado.

Profundizando en esta reflexión, es el momento de diferenciar dos conceptos que, frecuentemente, se confunden: empatía y simpatía<sup>14</sup>. No son sinónimos y hay que distinguirlos, sobre todo en el ámbito de la relación con el paciente. El médico empático comparte con el enfermo la comprensión de los fenómenos; el médico simpático comparte las emociones, sin quizá compartir los conceptos de comprensión<sup>15</sup>. En la simpatía predominan atributos afectivos y emotivos, provocados casi siempre con los sentimientos intensos que el dolor del enfermo despierta. El médico simpático se preocupa con el grado y la intensidad del sufrimiento y de las emociones del paciente (cuantitativo), mientras que el médico empático se preocupa por entender la forma (cualitativo) de la experiencia del enfermo<sup>16</sup>.

---

12. Davis MH. Empathy: A Social Psychological Approach. Madison, Wis: Brown and Benchmark Publishers;1994.

13. 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.

14. Stephan WG, Finlay KA: The role of empathy in improving inter- group relations. J Soc Issues 1999; 55:729-743.

15. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS: Sympathy, empathy, and physician resource utilization. J Gen Intern Med 1991; 6:420-423.

16. 274 Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. Acad Med. 2009; 84:1182-1191.

Mientras que la empatía mejora la comunicación con el enfermo<sup>17</sup>, lo que es de todo punto de visto favorable también al médico y le trae satisfacción, es muy posible que en los procesos que culminan en fatiga extrema, decepciones y burnout en los médicos y estudiantes, la relación con los pacientes haya sido presidida exclusivamente por la emoción. Establecer una buena relación con el paciente, es benéfico también para el médico que, como cualquier ser humano, busca un significado para su vida, y la armonía en los cuidados con los enfermos le facilita esta busca. La satisfacción profesional es, pues, otro de los resultados de incorporar la empatía<sup>18</sup>.

¿Cómo conquistar la empatía? ¿Cómo vivirla y enseñarla? Es amplia la literatura al respecto, y la asociación con los atributos o acciones propios de la empatía. Y amplio el espectro donde parece incidir la empatía. Así, hay quien la relacione con la conducta moral<sup>19</sup>, las actitudes positivas con los ancianos<sup>20</sup>, padecer menos juicios por errores éticos<sup>21</sup>, tener más habilidad para obtener las historias clínicas y examinar al enfermo<sup>22</sup>, satisfacción del paciente<sup>23,24</sup>, del médico<sup>25</sup>, relación terapéutica satisfactoria<sup>26,27</sup>, resultados clínicos positivos<sup>28</sup>, y el hecho de que las mujeres sean más empáticas que los hombres<sup>29</sup>.

---

17. Feffer M, Suchotliff L. Decentering implications of social interactions. *J Pers Soc Psychol*. 1966;4:415- 422.

18. Larson, E.B.; Yao, X. Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA* 2005; 293;9 ; 1100-1106

19. Olsen DP: Development of an instrument to measure the cognitive structure used to understand personhood in patients. *Nurs Res* 1997; 46:78-84

20. Bagshaw M, Adams M: Nursing home nurses' attitudes, empathy, and ideologic orientation. *Int J Aging Hum Dev* 1986; 22: 235-246

21. Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619-1620

22. Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz MH: Assessment of empathy in a standardized-patient examination. *Teach Learn Med* 1998; 10:8-11

23. Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994;273:1619-1620

24. Eisenberg N, Lennon R: Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull* 1983;94:100-131

25. Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083-1092

26. Bertakis KD, Roter D, Putman SM: The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 32:175-181

27. Livinson W, Roter D: Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10:375-379

28. Levinson W: Physician-patient communication: a key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619-1620

29. Eisenberg N, Lennon R: Sex differences in empathy and related capacities. *Psychol Bull* 1983; 94:100-131

Evidentemente este “factorial” de la empatía nos sugiere sus efectos, pero no nos dice cómo se aprende a incorporar la empatía. Las publicaciones sobre habilidades de comunicación -verbal o no-, cómo tomar decisiones, se limitan a describir modos de comportamiento pero no se llega a discutir sobre la necesaria transformación interna que el médico debe sufrir si quiere crecer en empatía<sup>30</sup>.

Hay quien considere la empatía como un arte de difícil incorporación práctica, pues no se conquista con clases teorías o con guías prácticos de cómo adquirirla en algunas lecciones. Ganar empatía es un fenómeno temporal, que supone observar el comportamiento de otros (médicos y profesores) que lo practican; aprender con el ejemplo, y con la reflexión sobre los ejemplos que se contemplan. Y aprender con el paciente, una fuente inagotable de lecciones empáticas. Aprender con la vida, y con el arte: con la literatura, con el cine, con las diversas manifestaciones artísticas<sup>31</sup>.

Y también hay quien considere la empatía como parte de la personalidad del individuo, algo que puede ser transformado: puede declinar durante el proceso de la formación médica<sup>32</sup>, o puede ser mejorado mediante actividades educativas bien dirigidas<sup>33,34</sup>. Y no faltan los que afirman que es muy difícil enseñar o dirigir el aprendizaje de la empatía<sup>35,36</sup>.

Centrándonos en la cuestión que nos ocupa -cómo enseñar empatía durante la formación médica- notase que no es asunto de fácil respuesta. Pero no por eso deja de ser vital, pues está en juego un elemento esencial en la formación de los futuros médicos. Los estudios sobre el tema nos ayudarán a entender mejor el proceso de la mantención y mejoría de la empatía en los estudiantes de medicina.

---

30. Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083-1092

31. Suchman LA, Roter D, Green M, Lipkin M: Physician satisfaction with primary care office visits: Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Med Care* 1993; 31:1083-1092

32. Forest-Streit U: Differences in empathy: a preliminary analysis. *J Med Educ* 1982; 57:65-67

33. Goldstein AP, Goedhart A: The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists. *J Community Psychol* 1973; 1:168-173

34. LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza-Hasse AM, Blanchard KH: Empathy training as the major thrust of a staff development program. *Nurs Res* 1976; 25:447-451

35. LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT: Empathy and nursing care outcomes. *Sch Inq Nurs Pract* 1987; 1:197-213

36. Kirk WG, Thomas AH: A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel. *J Psychiatr Treat Eval* 1982; 4:177-179

## Evaluación de la Empatía

Aprender a entender las expectativas del paciente -por colocar un ejemplo del amplio espectro de la empatía- es sin duda uno de los objetivos educativos deseables a alcanzar durante la formación académica. Los objetivos son claros, pero faltan estructuras que sean capaces de medir los resultados. Sabemos lo que queremos enseñar, pero no conseguimos evaluar cómo se enseña y, sobre todo, si se aprende.

Son pocos los estudios que abordan el tema de la evaluación de la empatía. Pueden citarse algunas escalas que han sido aplicadas a la población en general con el objetivo de medir la empatía, como el Interpersonal Reactivity Index desarrollada por Davis<sup>37</sup>, The Hogan Empathy Scale<sup>38</sup> y la Emotional Empathy de Mehrabian e Epstein<sup>39</sup>. Otros métodos de evaluación han sido elaborados para enfermeras, como la Empathy Construct Rating Scale<sup>40</sup>, the Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale<sup>41</sup>, the empathy subtest of the Relation Inventory<sup>300</sup> y the Empathy Test<sup>42</sup>. Ninguna de estas escalas han sido confeccionadas específicamente para evaluar la empatía de los médicos, y aplicarlas directamente corre el riesgo de no captar -ni medir- la esencia del cuidado empático que se espera del médico.

Hace algunos años, haciéndose eco de esta necesidad, un grupo de investigadores del Jefferson Medical College desarrolló un instrumento para evaluar la empatía en el contexto de la educación médica y del cuidado con el paciente. La Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) contiene 20 temas que se responden de acuerdo con la escala de Likert en su variante de 7 puntos (Completamente de acuerdo= 7/ Completamente en desacuerdo= 1). Varias versiones de JSPE se han elaborado posteriormente: Versión S, para estudiantes; Versión HP, para médicos y profesionales de salud. La JSPE ha sido traducida y validada en 25 idiomas diferentes (incluido el portugués), pudiendo aplicarse en los diferentes contextos culturales.

43

---

37. Davis MH: Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol* 1983; 44:113-126

38. Hogan R: Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol* 1969; 33:307-316

39. Mehrabian A, Epstein NA: A measure of emotional empathy. *J Pers* 1972; 40:525-543

40. LaMonica EL: Construct validity of an empathy instrument. *Res Nurs Health* 1981; 4:389-400

41. Carkhuff R: *Helping and Human Relations: Selection and Training*, vol 1. New York, Holt, Rinehart, and Winston, 1969

42. Barrett-Lennard GT: Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in the Therapeutic Change. *Psychol Monogr* 1969; 76(43, number 562)

## Evolución de la Empatía entre estudiantes de medicina

El recurso de evaluación que supone la JSPE ha producido ya algunos estudios que se aventuran a medir la empatía entre estudiantes de medicina, en los diferentes años de la graduación universitaria.

Chen et al<sup>43</sup>. identifican en estudio transversal una disminución del score de empatía (medido con JSPE) entre estudiantes del tercer año, cuando comparados con los del segundo. En estudio longitudinal recientemente publicado, se utilizó la escala JSPE aplicada a estudiantes del tercer año, un grupo al principio y otro al final de curso, observándose también un descenso significativo en el score de empatía en el segundo grupo<sup>44</sup>.

Con la idea de identificar el momento en que ocurre esta erosión de empatía durante la graduación, el Jefferson Medical College elaboró otro estudio con alumnos de primero, segundo, tercero y cuarto año, durante los años de 2002 a 2004, identificándose una erosión considerable al final del tercer año<sup>45</sup>.

La literatura muestra de modo habitual una disminución de la empatía en los estudiantes de medicina a lo largo de la carrera. Todos los estudios han sido realizados por grupos de países anglosajones. Conducir una investigación en el ámbito de una cultura Latina, y saber si existe un comportamiento análogo en la erosión de la empatía entre estudiantes de medicina, ha sido la motivación principal para el presente estudio.

### Objetivo:

- a. Evaluar el grado de empatía de estudiantes de medicina brasileños en los diferentes años de la graduación universitaria.
- b. Analizar los factores implicados en este proceso.

### Material y Metodología:

Aplicación de la escala JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy) para alumnos de 1º, 3º, 6º año de la carrera de medicina en dos facultades de São Paulo, Brasil:

Universidade 9 de Julho

---

43. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007;22:1434-1438

44. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. Na empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004;38:934-941.

45. Hojat M., Vergare M., Maxwell K, Brainard G, Herrine S. K., Isenberg G A , Veloski J, Gonnella J S. . The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School *Acad Med.* 2009; 84:1182-1191.

São Camilo

Período: Febrero a Junio de 2011

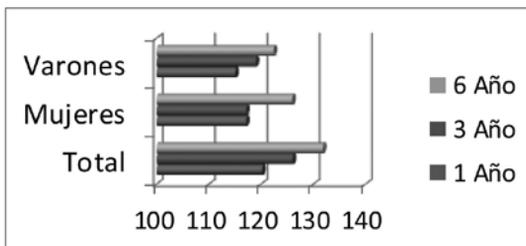
Total de alumnos: 64

Discriminación: Alumnos 1º ano = 35; Alumnos 3ºano = 14; Alumnos 6º ano = 15; Mujeres = 42; Varones = 22

La puntuación de cada ítem es de acuerdo con la escala Likert de 1-7 (Totalmente de acuerdo= 7/ totalmente en desacuerdo= 1). Las respuestas a los ítems 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 e 19 tienen score reverso (Totalmente de acuerdo= 1/ totalmente en desacuerdo= 7). La suma total final representa el score de empatía.

## Resultados Preliminares

	Média Score Total	Média Score Mujeres	Média Score Varones
1º Año	120,23	117,14	115,12
3º Año	126,07	117,14	119
6º Año	131,86	126	122,42



45

## Discusión:

Los resultados obtenidos hasta el momento no corresponden a los datos que se encuentran en la literatura. Los alumnos del primer año presentan un score de empatía más bajo que los de años siguientes. Se imponen, pues, algunas consideraciones sobre el presente estudio.

a. Los **alumnos del Primer año** que participaron del estudio tenían 20 años de edad media. Es posible, pues, que no tuvieran la madurez necesaria para comprender las preguntas de la escala; de hecho, identificamos algunas cuestiones discordantes donde todos los alumnos obtuvieron un score bajo de empatía:

- *Un médico no consigue ver las cosas desde la perspectiva del paciente.*

- *Un médico no debe dejarse influenciar por relaciones fuertes con los pacientes y familias.*

b. Los **alumnos del Sexto año**, al contrario de lo que apunta la literatura y de la experiencia que se tiene cuando se actúa como profesor, obtuvieron los mayores scores de empatía. Para intentar comprender este aparente paradoja, hay que tener en cuenta algunos aspectos: el investigador es el propio profesor de estos alumnos y se corre el riesgo natural de obtener respuestas “políticamente correctas”, la escala se aplicó durante las prácticas de atención primaria (donde el profesor-investigador actúa) que es un ámbito donde la relación médico paciente tiene siempre destaque. Quizá los resultados serían otros si se aplicase la escala durante las prácticas de emergencias y de terapia intensiva.

## Perspectivas Futuras:

- Aplicar la escala de empatía (JSPE) para alumnos de otras facultades de medicina del Estado de São Paulo.

- Realizar una Investigación Cualitativa, acoplada a la escala de empatía.

- Entrevista Individual. Después de aplicar la escala e identificar el score de empatía de cada participante, será seleccionado un grupo de 20 estudiantes aproximadamente compuesto por 10 con los scores más altos, y por otros 10 con los scores más bajos. El grupo seleccionado participará de una entrevista y responderá la siguiente pregunta: *Describe una experiencia (académica o personal) que, durante este año, haya tenido influencia (positiva o negativa) sobre su perspectiva humanista de la Medicina.*

Se pedirá permiso para grabar las entrevistas para, posteriormente, analizarlas conforme el método de investigación cualitativo. El objetivo es identificar algunos factores que puedan estar relacionados con la erosión de la empatía durante el proceso de formación. La escala JSPE apunta un score que, siendo útil, no parece suficiente para profundizar en el análisis de la pregunta que motiva la investigación.

- Grupos Focales. Una tercera etapa de la investigación se realizará mediante discusiones en grupos focales<sup>46</sup>. Los grupos serán expuestos a una entrevista semiestructurada compuesta por los resultados (categorías) provenientes de las entrevistas individuales y de las cuestiones que pre-

---

46. Belle Brown J. The Use of Focus Groups in clinical Research in: Miller WC, Crabtree BF. Doing Qualitative Research. Sage Publications, USA, 1999.

sentaron mayor discordancia en la escala JSPE. Los grupos serán coordinados por el investigador y contarán con dos observadores no participantes, y las discusiones serán grabadas para análisis cualitativo posterior.

Colocar en discusión las categorías que las entrevistas individuales sugieren tiene por objeto crear un escenario de discusión para identificar con mayor detalle los elementos que influyen sobre la empatía y entender mejor el proceso de la erosión de la empatía durante la graduación médica, nuestra hipótesis de trabajo apoyada por la literatura.

**Escala Jefferson de Empatía Médica - Versión para Estudiantes**

Año de graduación: ( ) 1º semestre ( ) 6º semestre ( ) 12º semestre

Sexo: ( ) Masculino ( ) Femenino Edad : Fecha:

**Por favor, indique su nivel de concordancia con las siguientes afirmaciones:**

<b>Completamente en desacuerdo</b>	<b>Completamente de acuerdo</b>
<b>1    2    3    4    5</b>	<b>6    7</b>

1. La comprensión que los médicos tienen de los sentimientos de los pacientes y de sus familias no influyen en el tratamiento médico o quirúrgico.

2. Los pacientes se sienten mejor cuando los médicos comprendemos sus sentimientos.

3. Es difícil para un médico ver las cosas en la perspectiva de los pacientes.

4. Percibir el lenguaje no verbal es tan importante como el lenguaje verbal en las relaciones entre médico y paciente.

5. El sentido el humor de un médico contribuye para un resultado clínico mejor.

6. Como las personas son diferentes es difícil ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes.

7. Prestar atención a las emociones de los pacientes nos es importante cuando se trata de anotar una historia clínica.

8. La atención a las experiencias personales de los pacientes no influye en el resultado de los tratamientos.

9. Los médicos debían intentar colocarse en el lugar de sus enfermos cuando los cuidan.

10. Los pacientes valoran la comprensión que el médico tiene de sus

sentimientos, lo que es terapéutico en si mismo.

11. Las enfermedades de los pacientes solamente pueden ser curadas con tratamientos médicos o quirúrgicos; de este modo, los lazos emocionales de los médicos con sus pacientes no tienen ninguna influencia significativa en el tratamiento médico o quirúrgico.

12. Hacer preguntas a los pacientes sobre lo que pasa en su vida privada no ayuda para comprender sus quejas físicas.

13. Los médicos debían intentar comprender lo que pasa dentro de la cabeza de sus pacientes, prestando atención a las señales no verbales, e a su lenguaje corpora.

14. Creo que la emoción no debe estar presente en el tratamiento de las molestias orgánicas.

15. La empatía es una competencia terapéutica sin la cual el éxito del médico es limitado.

16. La comprensión de los médicos sobre el estado emocional de sus pacientes y de las familias de los mismos es un componente importante en la relación entre el médico y el enfermo.

17. Los médicos debían intentar pensar como sus pacientes para proporcionarles mejores cuidados.

18. Los médicos no se debían dejar influir por relaciones personales fuertes con sus pacientes y sus familias.

19. No aprecio literatura médica u otras formas de arte.

20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico.

# LA FUERZA DE LAS PALABRAS: LAS GRANDES OLVIDADAS EN LA MEDICINA DEL SIGLO XXI

## ***Piovano Carlos Francisco***

Doctor en Humanidades Médicas por la UBA Profesor Consulto Adjunto de Medicina Interna- Facultad de Medicina UBA Profesor de Epidemiología en el Doctorado en Ciencias de la Salud y en la Maestría de Gerencia Médica- Universidad Favalaro Director del Curso de Especialistas Universitarios en Medicina Interna- UBA- Sede EVITA Lanús.

## ***Arribere Roberto***

Abogado especializado en bioética - Coordinador del Comité de Bioética de la Fundación Alfredo Thomson - Miembro del Comité de Ética de Fecunditas y del Comité de Ética de la Unidad Asistencial Cesar Milstein de Pami - Miembro consultor del Comité de Ética del Hospital de Gastroenterología “Dr. Carlos Bonorino Udaondo - Miembro de FLACEIS.

## ***Tripcevich Piovano Gladis Mabel***

Doctora en Psicología USAL Psicóloga - Miembro Titular en Función Didáctica de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA) y de la International Phiscoanalytical Association (IPA) -Magister en Psicoanálisis- Universidad CAECE APA - Profesora Titular en la Maestría en Psicoanálisis Universidad del Salvador (USAL)- APA de la materia “Teoría del Sujeto”- Profesora Adjunta en el Doctorado en Psicología de la USAL de las Materias “Lo disruptivo y sus fenómenos” y “Aparato Psíquico”

*En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán siempre del mismo lado, del lado de la humanidad. Dr Rene Favaloero*

La Medicina del siglo XXI nos expone a una extraña paradoja: En el momento de la historia donde la misma produce sus más espectaculares resultados, impensados en cualquier otro momento, la insatisfacción de pacientes y médicos es, en general, creciente; y el grado de litigiosidad

llega a niveles nunca registrados hasta ahora en la historia.

Obviamente, la relación médico -paciente es un fenómeno humano y social muy complejo e históricamente con diferentes grados de conflicto como vemos reflejado ya en el Código de Hamurabi (1750 a.c) ("Ojo por ojo...") o por ejemplo en la dramaturgia de Moliere (París 1622-1673) (El Médico a Palos, El Enfermo Imaginario, etc.); pero insisto, nunca en los niveles actuales.

Sin la complejidad puesta de relieve por esos ilustres escritores, llega uno a pensar en criterios y normas, en su mayor parte de carácter legal, que responden a consensos circunstanciales de tipo político, que muchas veces difieren en contenidos y fines de los que la sociedad requiere diariamente.

El origen del conflicto es necesariamente multifactorial; y para su mejor comprensión se impone el análisis crítico de los componentes fundamentales de este proceso. representados por intereses diversos que habrán de compatibilizarse, no desde el punto de vista político legal, sino a través de consensos sustentados en mínimos morales aceptables y aceptados dentro y por comunidades pluralistas.

En este trabajo nos centraremos fundamentalmente en el problema de la incomunicación entre médicos y pacientes; y por ende, en el uso cada vez más pobre de las palabras como instrumento de lo médico y como componente central de dicha relación; con la consiguiente consecuencia de aislamiento recíproco de los actores y deshumanización creciente del vínculo.

Es ampliamente reconocido que el lenguaje desarrollado, tanto verbal como no verbal, es una atributo fundamental de los seres humanos y un instrumento primordial, para su crecimiento y desarrollo.

Ya Aristóteles sostenía que el lenguaje definía por antonomasia a los seres humanos (Zoon Logikon): Por su capacidad de nominar objetos y experiencias, simbolizarlas y proyectarlas hacia el futuro (Función cognitiva), por su posibilidad de permitir la transmisión de emociones, sensaciones, fantasías, etc y por ende la comunicación interhumana y, secundariamente tal cual la etología demostró recientemente, también con otras especies (Se estima que los perros domésticos comprenden alrededor de 150 palabras, además de percibir la intencionalidad de dichas palabras según la entonación con que se pronuncian).

Así mismo, el lenguaje tiene una función plástica y adaptativa que hace que cambie permanentemente para expresar en cada época de la historia las diferentes realidades humanas con especificidad propia de tiempo y lugar.

Por otra parte las palabras estuvieron siempre estrictamente ligadas al ejercicio médico. Desde el chamanismo, donde eran elementos fundamentales de invocaciones rituales, oraciones, mantras, etc. hasta la actual tele o cibermedicina.

Los pacientes las utilizan para expresar sus sufrimientos, dolencias, temores y expectativas; y los médicos para demostrar interés en el relato de los pacientes, comprensión de lo que exponen, formular apreciaciones y sugerencias y, también, para comunicarse con otros en un intento de mejorar su visión sobre la realidad del paciente (Interconsulta).

Habremos de tener en cuenta también el alcance y significación que pueden tener los léxicos sobre la comunicación medico paciente.

Un léxico es el conjunto de las palabras de un idioma, o de las que pertenecen al uso de una región, a una actividad determinada, a un campo semántico dado.

Vaya como ejemplo de ello el vocablo actor, que, en el lenguaje común es la persona que ejecuta o representa una obra de arte mientras que en el ámbito legal, el actor es el titular de un interés legítimamente protegido que lo demanda por vía judicial.

Estas diferencias en muchos casos interfieren con las palabras del lenguaje común entendido como el conjunto de sonidos articulados con que el hombre manifiesta lo que piensa o siente.

51

Sin embargo, la comunicación entre médicos y pacientes se ha complicado mas de la cuenta, sobre todo en países o ámbitos pluriculturales, en los que las palabras sirven también para expresar esas diversidades.

En nuestro país, Carlos Tajer (2012) abunda sobre lo expuesto y agrega que las palabras nos permiten adentrarnos en el mundo de creencias y presupuestos de nuestros enfermos, compatibilizar nuestros lenguajes para ver como decir lo que tenemos que decir y asegurarnos que nos comprenden; y nos invita, además, a reflexionar sobre cómo nuestros dichos, bienintencionados pero a veces poco reflexivos, pueden cambiar dramáticamente la realidad de nuestros pacientes, generando sufrimientos y expectativas negativas a menudo innecesarias o evitables.

Al respecto, enfatizaremos que siempre debemos asegurarnos que entendemos realmente lo que el paciente dice, y viceversa. El hecho de que usemos palabras comunes no asegura que tengan para el paciente y el médico el mismo significado y por eso hay que constatar si se entiende lo que se dice del mismo.

¡Prolapso de la válvula mitral jaqueca o tumor, etc. no suenan igual para nosotros que para los pacientes, por ejemplo¡.

Al respecto, resulta aleccionador un ejemplo que siempre cuenta el Jefe de Nutrición del Hospital Evita de Lanús “Una paciente diabética y obesa que durante meses mostró resultados negativos en los tratamientos instituidos y que cuando se le interrogó sobre si tenía la dieta a cumplir dijo enfáticamente que sí y extrajo de su cartera no menos de cinco copias impresas de las mismas de uso habitual en el Servicio, pero no dijo por pudor que era analfabeta; y que tenía las dietas pero no las podía entender y por ende cumplir porque nadie había reparado en tan importante detalle”.

Hipócrates (Siglo Va.c) decía que los recursos que utilizaba para entender a sus pacientes, los mismos con los que sentó además las bases de la medicina científica y moderna, eran fundamentalmente la conversación, la observación del paciente y su medio, el examen físico y el razonamiento; y agregaba que aquella era imprescindible para un buen diagnóstico, un adecuado tratamiento y para mejorar las posibilidades curativas de los pacientes. Consideraba ya en aquel momento que si el paciente entendía correctamente las indicaciones médicas, los resultados iban a ser mejores.

En pleno Siglo XX, Laín Entralgo, en su célebre manual de Antropología Médica, nos dirá que los pacientes traen un componente dado por alteraciones anatomofisiológicas, un componente histórico biográfico personal y un componente socio cultural que dan marco a las citadas alteraciones estructurales.

52

Con gran claridad, advertirá, además, que el sufrimiento del paciente está dado fundamentalmente por los componentes histórico biográficos o subjetivos y los socio culturales; y mucho menos por los daños objetivos somáticos.

Si la necrosis miocárdica (infarto), acontece en una persona que quedó huérfana a temprana edad porque su padre falleció por una enfermedad coronaria, el grado de sufrimiento será mucho mayor que en aquella otra persona que ni sabe los que es un infarto; o si este evento agudo ocurre en un hombre joven con hijos para criar el sufrimiento y preocupaciones persecutorias adquirirán características mucho mayores que en otras circunstancias.

Similar análisis se puede hacer con las fantasías de invalidez, abandono, pérdida laboral eventual, alteraciones en la vida sexual, marginación, etc que toda enfermedad produce en mayor o menor grado en las personas afectadas.

Precisamente, estos componentes del sufrimiento (los histórico biográficos o subjetivos y los socio culturales) son los que se expresan a través de las palabras, no se correlacionan estrictamente con los hallazgos objetivos que produce la enfermedad del paciente; y, paradójicamente, se alivian por el sólo hecho de comenzar a expresarse; y por el concurso de otras

palabras que vienen para explicar, contener, alentar...

En similar sentido se expresará una reconocida psicoanalista contemporánea (Piera Aulagnier) cuando nos habla de la diferencia entre dolor y sufrimiento, y de la función mediadora entre ambos, por la capacidad de simbolizar, que aportan las palabras.

El dolor es un sentimiento penoso, difuso, impreciso, persecutorio, invasivo, paralizante, difícil de definir y circunscribir y por ende de manejar.

Cuando ese dolor puede ser expresado se transforma en sufrimiento, sentimiento también penoso pero de menor magnitud, circunscripto, menos persecutorio, más definido, abordable y por ende controlable; con el consiguiente alivio para quien lo padece.

Estas reflexiones redundan en la importancia que Hipócrates le daba a la “conversación”; y en un plano más cercano en el daño iatrogénico que podemos hacerle a nuestros pacientes al no dejarlos hablar y desplegar su dolor, o no contestar sus preguntas del modo que requieren.

Si no tenemos en cuenta lo antedicho, podemos hacer excelentes intervenciones técnicas, por supuesto de valor innegable, pero no aliviaremos el dolor de nuestros consultantes y no resolveremos cabalmente sus demandas lo que sin duda compromete el resultado final de la prestación médica dejando expuesto de esa forma al profesional a tener que afrontar el alto índice de litigiosidad que se registra por tal motivo.

El tema del dolor no es menor. ya que está estrictamente relacionado con lo vocacional y con la esencia del ejercicio profesional.

Los médicos eligen ser médicos, porque en algún momento de sus vidas los movió el deseo de adquirir conocimientos, precisamente para ayudar a otros en sus dolores y sufrimientos.

Esa es una esencial característica profesional y también su blasón. Se es médico, sólo si se ayuda al otro y no sólo por el bagaje de conocimientos y experiencias.

Cuando se atiende superficialmente a un paciente, aunque el acto médico resulte razonablemente eficaz, sabemos que no se está haciendo lo mejor para mitigar su dolor escuchando, preguntando, hablando, contestando y entonces una cierta sensación de frustración inespecífica seguramente surgirá en el profesional.

¿Será ésta causa, junto a otras innegables como las malas condiciones laborales o las remuneraciones insuficientes, etc. una de las razones del descontento e insatisfacción profesional que se observa en general y que hace que los médicos vivan menos en promedio que la población general, o recluten entre ellos más adictos a drogas duras, alcoholistas, tabaquistas

hipertensos, divorciados, etc.?

El médico que solicita un ecodoppler a la señora que consultó por dolor de sus piernas a las 11 horas de la mañana sin examinarla, prácticamente sin hablar y a gran velocidad, cumpliendo la formalidad del acto médico, pero por sobre todo para terminar rápido la tarea del día y correr a otro lugar a repetir historias parecidas, seguramente no queda conforme consigo mismo y, a lo mejor por ello, entre otras consecuencias negativas, pierde fuerzas para sus eventuales reclamos legítimos que le permitirían mejorar su situación laboral.

Un investigador español (Carlos Pera) en su Tesis Doctoral ( Universidad de Barcelona-2014) concluye, después de encuestar a 8000 pacientes de toda la Comunidad Económica Europea, que: “La medicina en el siglo XXI; en su núcleo básico, debe seguir siendo un pacto de confianza entre pacientes y médicos ya que ”la relación médico paciente debe basarse en un pacto de confianza generado en un diálogo reconfortante para ambos”.

Afirma lo anterior porque en su investigación encontró que los pacientes presentan desconfianza, preocupación y descontento frente a los actos médicos; y refieren recibir malos tratos o, trato impersonal y sin compromiso, predominio de la preocupación burocrática, interconsultas y estudios complementarios como modo de no comprometerse con el paciente y de finalizar las entrevistas, etc.

54

En consonancia con lo anterior, en la Revista Electrónica Española de Etica Médica (2009) ya se señalaba, en un artículo denominado “Sufrimiento/Silenciamiento”, que los pacientes traen a la consulta las angustias que le producen sus limitaciones y preocupaciones de cómo serán atendidos por el sistema prestador; y en general reciben a cambio una medicina cautelosa, más preocupada en documentar que en comprender, con muchos recelos cuando hay que tomar decisiones (P. Ej.: indicación de cirugías de urgencia) y claramente con tendencia al abandono del paciente crónico, terminal o moribundo.

En suma, estas evidencias hablan de una Medicina fuertemente despersonalizada y, sobre todo deshumanizada.

Sorprendente contradicción la planteada: Justo en el momento de la ciencia donde se ha demostrado incontestablemente a través de la tomografía por emisión de positrones de cerebro (PET), las resonancias magnéticas funcionales, los estudios de densidad neuronal, etc. como las palabras que nos impactan positivamente, o las oraciones en los creyentes o los mantra , activan claramente el circuito dopaminérgico del placer y la recompensa, produciendo bienestar, mejoría, confianza; y además, simultáneamente, activación de las neuronas en espejo, con sus consecuencias empáticas y aumento de las posibilidades adaptativas; en la Medicina va-

mos perdiendo el uso de dicho valioso y comprobadamente eficaz recurso.

En el mismo sentido, podemos afirmar que ya no quedan dudas sobre las ventajas de una satisfactoria y adecuada relación médico paciente en el diagnóstico, adhesión a tratamientos y pronóstico de los mismos en multiplicidad de patologías.

En una revisión, de 2015, en Pub Med, se encontraron alrededor de 150.000 citas bibliográficas en consonancia con lo expuesto; y que confirman lo ya expresado al respecto por Hipócrates de Coz hace 2.500 años.

Frente a lo expuesto uno podría presuponer que una ola perversa contamina el quehacer cotidiano. Nada más lejos de nuestro punto de vista y de la realidad. Padecemos, con mayor o menor responsabilidad, un fenómeno indeseable, de fuerte raigambre social, multifactorial, que debe ser estudiado como tal si pretendemos modificarlo.

Trataremos a continuación de analizar, sin pretender agotar el listado, algunos de los fenómenos causales:

**1. Impacto del pensamiento científico en la relación médico-paciente:** Nadie, en su sano juicio, puede negar que el desarrollo del pensamiento científico acaecido en Occidente en la segunda mitad del Siglo XX ha sido el movimiento transformador más intenso y productivo de la historia, beneficiando a los seres humanos en todos los campos; y, obviamente también, en las concepciones sobre salud y enfermedad, en los métodos diagnósticos y tratamientos; y en la resolución de problemas que por milenios asolaron a la humanidad.

Tales avances en el diagnóstico y tratamiento. de uso diario y evolución constante provocaron el advenimiento de una concepción ideológica centrada en la veracidad del conocimiento, la documentación y la demostración, que introdujo, un cambio irreversible en el vínculo entre médicos y pacientes, los que fueron incluso advertidos precisamente por los mismos impulsores del pensamiento científico en el campo médico

Previo a esto, la relación médico paciente era básicamente un vínculo de confianza recíproca y de creencias compartidas, donde las narrativas de pacientes y médicos eran muy parecidas, centradas en los síntomas y en el padecimiento del paciente individual más que en las enfermedades como las conocemos actualmente.

Veamos un simple ejemplo: “En esa época los problemas respiratorias, y algunos digestivos, se creía eran producidos por los “miasmas de los pantanos” que nadie sabía con certeza que eran, pero que todos aceptaban (médicos y pacientes) como explicación razonable responsabilizando por dichas enfermedades a los aires malos, la humedad y el frío; y organizando por ende los cuidados en torno a ello.No en vano, se mandaba por ejemplo

a los tuberculosos a zonas soleadas, cálidas y con aires puros, que junto a la buena alimentación favorecerían la vis o fuerza curativa de la naturaleza.

El pensamiento científico permitió a los médicos entender cada vez mejor las cosas, pero su narrativa y el lenguaje se fueron separando de la narrativa de los enfermos, provocando un proceso de diferenciación y distanciamiento que parece irreversible y que no se soluciona pese a la profusión de información que inunda el siglo XXI, porque información sin reflexión o articulación es totalmente inservible.

Vaya si lo saben aquellos que preocupados por diagnósticos que no comprenden buscan la inacabable información que encuentran en Google. ¡¡Aumentan su angustia y desconcierto¡¡

Este fenómeno del advenimiento del pensamiento y metodología científicos, originó una separación y aislamiento creciente entre pacientes y médicos; y la necesidad de documentar todo cuanto se afirmará produjo el uso profuso de procedimientos diagnósticos desconocidos hasta entonces, entre ellos la anatomía patológica que a través de las lesiones objetivables en los cadáveres iluminó gran parte del conocimiento médico actual; con resultados cada vez más relevantes y sorprendentes como por ejemplo la duplicación de la expectativa de vida acaecida durante el siglo XX.

56

M. Foucault, en su célebre “Nacimiento de la clínica” (1989) dirá con la agudeza e ironía que caracterizó toda su obra, que la aparición del pensamiento científico en la medicina hizo que dejaran de hablar las personas para empezar hablar los cadáveres, y que los médicos simultáneamente fueran desarrollando una jerga propia cada vez más compleja e inentendible para ajenos, que es muy diferente a la de los pacientes y asumiendo como consecuencia una preeminencia que antes era impensable.

Dirá con sorna que los médicos adquirieron lenguaje propio, vestimenta propia (guardapolvo que se comenzó a usar para no manchar las ropas de los médicos en las autopsias) y elementos o atributos específicos (estetoscopio, que en general, se lleva a la vista); y que, entonces, por tener lenguaje, uniforme, y atributos propios comenzaron a comportarse con los pacientes como si fueran un verdadero y extraño ejército de ocupación.

Dolorosa metáfora que nos obliga a pensar en los fenómenos de lejanía con los pacientes y en actitudes de supremacía profesional como las que nos vienen ocupando; y sus indeseables consecuencias.

Obviamente no se trata de abjurar de los grandes beneficios de la medicina científica. Sólo se propone reflexionar sobre cambios inexorables que resultan aparejados, y que de no revertirse nos condenan a una medicina cada vez más deshumanizada y alejada de los problemas concretos de las

personas singulares. Las que sufren;

La conversación hipocrática dio paso al interrogatorio de la semiología contemporánea.

La conversación es una actividad entre pares que busca el conocimiento y enriquecimiento recíproco a través del libre fluir de las expresiones.

El interrogatorio, en cambio, presume una asimetría donde el que interroga tiene el poder de discernir que es lo importante a expresarse porque tiene el poder, que en este caso emana del conocimiento. y donde se condena al interrogado a una actitud pasiva y como dirá nuevamente Foucault sumisa y dependiente.

Es notorio que este fenómeno de distanciamiento que se producía insensiblemente entre médicos y pacientes, cuando nació la medicina científica, fuera tempranamente advertido por aquellos mismos que estaban liderando estos cambios.

Virchow era un clínico famoso en la Alemania de Bismarck, y había sido su Ministro de Salud Pública. El, entre otras cosas, fue el organizador de las aún hoy vigentes Cajas Mutuales, que constituyen la piedra angular de la Seguridad Social Alemana actual.

Hombre inteligente e inquieto, es considerado además uno de los padres fundadores de la Anatomía Patológica por sus agudas observaciones y descubrimientos, por ejemplo sobre el endotelio vascular.

Pese a ese notorio compromiso con los nuevos componentes de la medicina moderna, ya en 1870 nos advertía con singular agudeza:

- “La Medicina de este momento se ocupa de los hechos, y no importa quién está en el lecho del enfermo. Lamentablemente las personas enfermas, con este modo de verlas, corren el riesgo de transformarse en cosas”.
- “¿Que extraño encanto posee el microscopio que tanto me enseña, pero me aleja cada vez más de mis pacientes?”.

No fue el único. Una pléyade de pensadores, a partir de entonces, rescatan las singularidades humanas y las reivindican alumbrando el movimiento que hoy se denomina Humanismo Médico, al que adherimos fervientemente; y que está cobrando importancia creciente en diferentes universidades (Complutense de Madrid, Heilderberg, Mc. Master, Harvard, etc.) En dicha lista podemos mencionar a Freud, Gimenez Díaz, Marañón, Lain Entralgo, Harrison, Favalaro y Maglio en nuestro país, etc.

Sobre todo en la segunda mitad del Siglo XX se acentuó notablemente el esquema relacional que nos ocupa, caracterizado por distanciamiento creciente entre médicos y pacientes, mayor preocupación médica por los

diagnósticos y las enfermedades “in abstracto” que por el sufrimiento concreto de los mismos que conduce a una medicina cada vez más especializada y por ende fragmentaria; y a un abandono creciente de los pacientes crónicos, terminales o moribundos aunque se haya desarrollado como contrapartida una nueva especialidad, los cuidados paliativos.

Esta especialidad se abre al juego de la relación médico paciente en forma controversial entre la preservación a ultranza de la vida en estado terminal o en estado vegetativo severo involucrando la autonomía del paciente y el principio de justicia al disponer de asistencia fútil existiendo medios limitados o disposición de última voluntad incumplida.

El **cuidado paliativo** es la atención que se proporciona a los adultos y a los niños con enfermedades muy graves o que los ponga en estado terminal que se enfoca en aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, pero que no tiene el objetivo de curar la enfermedad en sí.

Pueden ser proporcionados en el domicilio del paciente o en establecimientos ad hoc (hospice house) comprendiendo los aspectos psicosomáticos involucrados

2. El **gran desarrollo tecnológico** sobre todo en los aspectos relacionados con los diagnósticos, ya sean bioquímicos o morfológicos, generaron una fantasía equivocada en médicos y pacientes por la cual todo se puede ver y diagnosticar con la realización de estudios complementarios (Síndrome del hombre transparente o cristalino), que hace progresivamente innecesaria, por lo antedicho, la importancia de la relación médico paciente, el interrogatorio y los datos del examen físico.

Craso error: muchas patologías no tienen marcadores humorales específicos o imágenes patognomónicas y no obstante producen sufrimiento e invalidez (Fibromialgia, jaquecas, etc.).

3. En similar sentido el desarrollo de la **Medicina Basada en el Evidencia MBE**, de la que nadie duda sobre los beneficios que trajo aparejado en el quehacer médico, también generó confusiones.

La importancia creciente de las guías de diagnóstico y tratamiento, sistemáticas y grandes estudios poblacionales parecieron minimizar el rol del médico en dichos procesos, contrariando las verdaderas enseñanzas de los que desarrollaron la MBE (Universidad de McMaster) los cuales siempre señalaron que las mencionadas guías o sistemáticas no reemplazaban la opinión de los expertos para la resolución de casos particulares precisamente por la habilidad de los expertos en reconocer las singularidades; y que sólo la facilitaban o complementaban. En ese contexto, se llegó a afirmar que la buena relación médico paciente actuaba sólo como efecto placebo o

efecto benéfico basado en la confianza.

Si recordamos que el 60% de las enfermedades no tienen tratamientos científicamente comprobados por su eficacia, vemos la importancia benéfica que puede tener para los pacientes una buena relación médico paciente; o en sentido contrario, lo dañino que puede ser una relación basada en la desconfianza (Efecto nocebo, indeseable o negativo basado en la desconfianza); sin contar como la confianza potencia los efectos benéficos de los tratamientos eficazmente comprobados y de lo cual ya hiciéramos mención.

Felizmente, hoy la MBE vuelve a rescatar la importancia de la buena relación médico paciente y desarrolló el concepto de “contextos favorecedores para los diagnósticos y los tratamientos” en una saludable y objetiva vuelta de tuerca.

4. **El neoliberalismo**, por su parte, con su modo de entender el fenómeno salud - enfermedad como un hecho económico y no fundamentalmente humano, no sólo ha generado graves consecuencias en el campo de la salud, como muestran las experiencias de Grecia, España, Italia, etc. después de las grandes crisis de comienzos del siglo XXI, sino que ha distorsionado totalmente la concepción de este fenómeno.

Por eso no resulta incomprensible que dicha doctrina sostenga que el médico es una pieza más del proceso, sin relevancia individual, y que la relación médico paciente es obvia por improductiva en términos concretos y por ende las consultas médicas no requieren el tiempo que se reclama y justamente se necesita.

Esa ideología infiltra hoy, en mayor o menor grado a todos los sistemas de salud del mundo occidental; y explica cómo los marcos regulatorios y burocráticos que pretenden ordenar y condicionan la actividad médica en cualquier sistema sanitario público o privado, privilegian los resultados a los procesos y por ende minimizan en los hechos a la relación médico paciente y el rol del médico tal cual la concebimos; aunque de un modo hipócrita en general sostengan públicamente lo contrario.

5. **El neoliberalismo además, en consonancia con los intereses del complejo tecno industrial farmacéutico**, prohibió una intencionada confusión entre los que son los legítimos derechos de los pacientes con los derechos de los consumidores.

Los genuinos derechos que tienen los pacientes son el respeto a su autonomía y la no maleficencia en la actividad médica; y no al reclamar siempre por estudios y medicamentos en una forma muy perversa del consumo (derecho del consumidor) que lleva a extremos como la “medicalización de la vida cotidiana” donde cualquier síntoma o manifestación banal y

auto resoluble que sea requiere diagnóstico y tratamientos, quitándole al médico su genuina potestad de decidir necesidad y oportunidad de los mismos.

Esta medicina cada vez más fragmentada, con deshumanización creciente y marcado aislamiento no es gratuita para el campo social y sin consecuencias.

En los pacientes genera una carga de dolor e insatisfacción en constante aumento, en el médico descontento laboral y profesional, imposibilidad de introspección con la consiguiente alienación laboral e incapacidad para la comunicación y la práctica deseable de la interdisciplina (“El que no habla con los pacientes termina no hablando con nadie”).

Las consecuencias de todo lo expuesto están a la vista.: Insatisfacción y litigiosidad crecientes entre pacientes y médicos; y gasto sanitario improductivo por excesos incontrolables e injustificables en pruebas de diagnóstico y tratamientos no racionales.

Es así entonces como se ha generalizado una realidad insospechada hasta no hace muchos años que traslada en muchos casos la atención de la salud de los pacientes a los estrados de Justicia.

Es allí donde los pacientes recurren a fin de reclamar la satisfacción de los daños y perjuicios que dicen haber sufrido como consecuencia de una mala praxis recibida o bien donde se busca uniformar la comprensión de las disposiciones de última voluntad o también obtener el reconocimiento de un derecho que efectivamente no tiene.

El sinalagma contractual se diluye y se ventila en ámbitos que son extraños a los ámbitos donde debería buscarse el cuidado y atención de la salud con participación de profesionales que en la mayor parte de los casos carecen de la preparación y práctica necesarios para satisfacer los reclamos que se formularan por una y otra de las partes.

Los integrantes del Poder Judicial en todas las jerarquías, en general, carecen de los conocimientos necesarios o suficientes para resolver las cuestiones que las partes llevan a su conocimiento y resolución, lo que obliga a convocar ad hoc, a profesionales que si los tienen.

Todo ello genera la pública exteriorización de la situación que lesiona la privacidad de todos los intervinientes y lo que debería haber quedado en el ámbito del consultorio o el domicilio del paciente llega incluso al dominio público a través de los medios masivos de comunicación.

Esta última circunstancia resulta absolutamente incontrolable y su a veces morbosa expansión por difusión seguramente habrá de influir como factor de presión en el ánimo de todos los involucrados en el momento de

tomar decisiones.

¿Cómo se puede atenuar o revertir esta situación?

Lamentablemente no hay una respuesta única y fácil, pero no obstante, entendemos que no hay que claudicar.

La reflexión sobre el fenómeno, y la aceptación de su existencia, es el primer e imprescindible paso y desde ese reconocimiento, se pueden proponer diferentes alternativas

Los pacientes no deben ser sometidos a malos tratos de ningún tipo y tienen derecho a plantear sus problemas y a ser escuchados y entendidos. En este aspecto, habrá que estudiar las transgresiones bioéticas y las consecuencias que se originan por esos malos tratos.

Con los médicos el problema es más complejo y se centra en el cambio de paradigma educativo tanto del pre como del postgrado; y que debiera efectuarse en forma continua.

Hoy la enseñanza de la medicina es fragmentada y tecnicista, con escaso o nulo componente de reflexión humanística.

Obviamente las escasas semanas que en la currícula se dedican a Salud Mental o Bioética no alcanzan ni sirven para generar estos cambios que se requieren.

Ello es así, en gran medida, porque los alumnos que ingresan a las Universidades, provienen de una sociedad que en general, a partir de las dos grandes guerras que asolaron el siglo XX fue perdiendo valores éticos y morales esenciales para que el entramado social goce de “buena salud”, al debilitarse los naturales y espontáneos frenos inhibitorios que se maman en el hogar.

La enseñanza del Humanismo Médico debe atravesar transversal y longitudinalmente toda la currícula formativa y, también, las Residencias.

No se debe pensar como una materia aislada. Es un ejercicio permanente de reflexión y observación que abarca las concepciones psicosociales y culturales del hombre sano y enfermo y del proceso de atención médica y los principios de la bioética.

Se da el contrasentido, cuando se discuten los programas médicos de pregrado, de que todo el mundo reconoce la necesidad de enseñar esta concepción de lo médico; pero a la hora de ceder tiempo de sus materias para generar el nuevo diseño, todos defienden a ultranza las viejas y caducas estructuras.

Platón (Siglo V a.c) nos dice que el Médico se debe reconocer por la filantropía que ejerza (Amor al semejante) y por su filotecnia (Amor y

respeto por lo que ejecuta o hace, a sus saberes y habilidades propias).

En la filantropía esta la base de lo que el denominaba amistad entre médicos y pacientes, recordando que para el autor la amistad era el sentimiento más elevado, porque consistía en desear y ayudar al otro sólo por que es otro ajeno y no porque sea nuestro familiar o tenga relevancia afectiva y/o erótica.

En la filotecnia, por su parte, está la raíz de los rectos procederés técnicos y nuestro deseo permanente de superarnos.

Para que todo ello sea posible insistimos en el valor preponderante de la bioética no solo en la formación de grado y post grado de los profesionales, sino también en la difusión, concientización y capacitación de la sociedad en general, o sea una bioética a “dos puntas”.

Además de lo expuesto, la ya señalada incomunicación que caracteriza la Medicina de nuestros días se constituye también en un problema bioético.

Al no brindar adecuada información a los pacientes se lesiona el principio de autonomía, la imposibilidad de éstos de expresar claramente dolores y pensamientos atenta contra los principios de beneficencia y no maleficencia; y el uso injustificado y excesivo de estudios complementarios y tratamientos no siempre eficaces contribuye notoriamente al gasto excesivo e injustificado que caracteriza el ejercicio profesional actual, y como consecuencia de dicho gasto excesivo e innecesario aumenta la inequidad en salud

62

## Bibliografía

1. Laín Entralgo P. *El Médico y el Enfermo*. Madrid. Guadarrama. 1969.
2. Laín Entralgo P. *Antropología Médica*. Barcelona. Salvat. 1984.
3. Laín Entralgo P. *La Medicina Hipocrática* en Historia Universal de la Medicina Tomo II. Salvat. Barcelona. 1972-p73-116.
4. Moliere. *Obras completas*. Bs. As. Aguilar. 1945 Hamurabi Codice. Youtube. Español. Argentina.
6. Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. México DF. Ediciones del siglo XXI-2008
7. Coghlan B. et Bignold L. *Virchow Elogies* Birkhauser Verlag AG- Basel, Boston, Berlín-2008.
8. Bonfil X et al. *Medicina basada en la Evidencia*. Revista Española de Cardiología. 1997; 50:819-25. Vol50-N° 12. *Efecto Nocebo, la otra cara del placebo* en [www.elsevier.es](http://www.elsevier.es)>Inicio> Medicina Clínica
9. Tajer C. *Metáforas para pensar la Medicina*. Revista Argentina de Cardiología. 2012; 80:496-504- Vol80- N° 6.

10. **Pera C.** *Como perciben los pacientes las actitudes de los Médicos de la Comunidad Económica Europea.* Universidad de Barcelona. Tesis Doctoral. 2014.
11. **Sanchez Gonzalez M. A. et al.** *Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al Estudio del Pensamiento Médico.* Barcelona. Masson. 1998.
12. *Revista Electrónica de Bioética de España*, citado por Tajer C. ut supra
13. **Castoriadis y Aulagnier P.** *La violencia de la interpretación. Del Pictograma al enunciado.* Bs As. Amorrortu. 4ta Reimpresión-1997.
14. **Engelhardt H. Tristram.** *Los Fundamentos de la Bioética.* 1º edición Ed Paidós Barcelona 1995.
15. **Maliandi Ricardo.** *Fundamentación y aplicación en ética convergente.* Konvergencias N°22. Abril 2016.
16. **Drane James F.** *La Bioética en una sociedad pluralista.* Dilemas éticos de la medicina actual 2. Universidad Pontificia Comillas. Madrid. 1988.
17. **Arribere Roberto-Alvarez Fernando Adolfo- Actis Andrea.** *Directivas anticipadas y autonomía en personas con deterioro cognitivo.* Bioética y Salud Pública en y para América Latina. Felaibe. 2016.
18. *Carta europea de los derechos de los pacientes.* Roma, noviembre 2002. [www.plataformadepacientes.org/.../20170417\\_Carta-europea-de-Derechos-de-los-Pac...](http://www.plataformadepacientes.org/.../20170417_Carta-europea-de-Derechos-de-los-Pac...) 17 abr. 201

# DISTRIBUCIÓN DESIGUAL DE MÉDICOS, MIGRACIÓN PROFESIONAL Y PROBLEMAS SANITARIOS QUE SE GENERAN EN EL CONTEXTO REGIONAL

**Eduardo Alfredo Duro**

Universidad de Buenos Aires, Argentina

**María Angélica Sotomayor**

Universidad de Santiago de Chile, Chile

**Luis M. López Dávila**

Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala

**Estela Quiroz Malca**

Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

**Viviana Lifschitz**

Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

**Elizabeth M. Benites Estupiñán**

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador

**Patricia Sorokin**

Universidad de Buenos Aires, Argentina

*La sequía es un periodo seco que se prolonga de manera significativa.*

*Se caracteriza porque durante la sequía la disponibilidad del agua está por debajo de sus niveles habituales, y, en consecuencia, no puede abastecer las necesidades de los seres vivos (animales, plantas y personas) que habitan en una región determinada<sup>1</sup>.*

---

1. [Internet] Definición e imagen Disponibles en: <https://www.significados.com/sequia/>

## Sequía de Médicos

En nuestra América como en otras regiones del globo, encontramos países con pocos médicos<sup>2</sup>, menos de los que se requiere para una equitativa asistencia de su población. El análisis de la escasez de profesionales médicos constituye un desafío interesante, con particularidades para cada uno de los países de la región; que está atravesado por otro problema global mayor, la migración médica.

Si bien la palabra “sequía” refiere al agua, se ha usado el término en combinación con la imagen, que remece por el riesgo que implica para la subsistencia.

La población aumenta y envejece con los correspondientes cambios en la morbilidad, los médicos no aumentan en igual número y los que actualmente trabajan de médicos, en cuanto se cumpla su “vida útil” profesional estarán retirados<sup>3</sup>. Si las poblaciones marginales y excluidas superaran barreras actuales para el acceso a la atención, según recomendaciones internacionales se requerirían en los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) 95.100 médicos adicionales de inmediato<sup>4</sup>.

La distribución desigual la registra la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) en bases de datos públicas, actualizadas completamente a 2016 y parcialmente a 2017<sup>5</sup>.

El problema no se resuelve aumentando las vacantes en las escuelas de medicina. Ello dado que cada vez es más difícil para los estudiantes de medicina aprender clínica, porque faltan médicos dispuestos a supervisar las prácticas. Lo dice la Dra. Keyna Bracken, directora del programa de medicina familiar de la Universidad McMaster en Canadá y lo registra en el ingreso a las especialidades para 2016-2017 la Asociación de Facultades de Medicina de Canadá. Enseñar a los estudiantes de medicina es cada vez menos importante en la lista de prioridades de los médicos de familia, dice el profesor Jason Profetto de McMaster y agrega que no sirve presionarlos<sup>6</sup>.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran la disparidad existente en la proporción de médico por cada 1.000 habitantes,

---

2. Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, Indicadores de RHUS, [Internet] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/observatorio/index.php/fuerza-de-trabajo/fuerza-de-trabajo/74-indicadores-de-rhus>.

3. Ídem.

4. Hoyler, M., Finlayson, S. R., McClain, C. D., Meara, J. G., & Hagander, L. Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature. *World journal of surgery*, 2014. 38(2), 269-280.

5. [Internet] Disponible en: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

6. Mercer C. Family medicine faces shortage of doctors willing to teach. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2018;190(21):E666. doi:10.1503/cmaj.109-5604.

cuando se comparan los países que poseen sistemas de salud públicos y universales, como Brasil, con 1,8; Canadá, con 2,0; Reino Unido, con 2,7; Portugal, con 3,9; y España, con 4,01<sup>7</sup>.

En Argentina hace ya algunos años se observa un fenómeno interesante: los graduados recientes no quieren aceptar plazas de formación de post grado en residencias de algunas ramas de la medicina y/o especialidades médicas<sup>8,9</sup>. Los niveles de conducción registran los faltantes en los puestos de trabajo y las ausencias en el sistema formador de médicos de familia y especialistas. El Consejo Federal de Salud (COFESA) de la República Argentina, que reúne a los ministros provinciales y al ministro nacional de Salud, lo deja explícito en mayo de 2018: *Estamos con algunos problemas con especialidades críticas como medicina familiar y general, enfermería, anestesiología, terapia intensiva y neonatología. Tenemos que tomar decisiones para ver de qué manera podemos recomponer la cantidad y calidad de recursos que necesitamos para el país*<sup>10</sup>.

Los movimientos migratorios de los profesionales médicos graduados, generan nuevos problemas y desafíos. En un nivel más amplio, un estudio de 2003 hace referencia al menos a 175 millones de profesionales sanitarios que viven fuera de su país de origen y que, de ese número, solo 65 millones son económicamente activos<sup>11</sup>. La Organización Mundial de la Salud (OMS) detectó en 2006 que el movimiento migratorio del personal sanitario superó los 4 millones de personas entre el último quinquenio del siglo XX y el primero del siglo XXI, generando importantes consecuencias en las políticas y modelos de gestión en los países que pierden o ganan médicos.

Un problema de justicia aparece cuando los profesionales graduados deciden emigrar del país que asumió el costo de su formación, sin realizar el aporte social que el desempeño profesional implica. Sin embargo, es claro que el profesional está ejerciendo un derecho reconocido por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su Artículo 12, que dispone:

---

7. World Health Organization. *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Background paper for the first expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva: OMS; 2009.

8. Justich PR. Falta de neonatólogos: ¿crisis vocacional o políticas erradas?. Arch. Argent. Pediatr. 2012 Oct 110( 5 ): 411-415.

9. Halac E, Moya MP, Olmas JM. Cada vez menos neonatólogos: ¿Crónica de una muerte anunciada? Carta al editor. Arch Argent Pediatr 2008;106(5):477-9

10. Sitio Argentina.gob.ar, Comenzó en Jujuy el segundo encuentro del año del Consejo Federal de Salud, [Internet] Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/comenzo-en-jujuy-el-segundo-encuentro-del-ano-del-consejo-federal-de-salud>

11. Stilwell B, Diallo K, Zum P, Dal Poz MR, Adams O, Bunchan J. Developing evidence based ethical policies on the migration of the health workers: conceptual and practical challenges. Hum Resour Health. 2003;1(8):1478-4491

“Toda persona tendrá derecho a salir libremente de cualquier país, incluso del propio.” Por otra parte, nadie puede ser obligado a ejercer un trabajo o una profesión contra su voluntad. La libre elección de profesión y oficio, el tiempo que la persona escoge dedicarle en forma autónoma y libre según su vocación, es parte de los derechos positivos consagrados en los distintos países. El libre ejercicio profesional lo ejerce una persona según los conocimientos adquiridos para alcanzar el bienestar y una existencia digna para sí y su familia, y con ese ejercicio profesional aporta a la comunidad que lo contiene. No obstante, los cambios sociales de los últimos decenios han implicado que el trabajo ha dejado su rol principal como actividad de autorrealización, generador de subjetividades e identidad, con un fuerte componente de responsabilidad social y ha pasado a ser simplemente una actividad asalariada para satisfacer necesidades básicas, en las cuales importa más el producto y su precio<sup>12</sup>.

Victoria Camps menciona que “hacer una buena carrera profesional es sinónimo de triunfar en la profesión, sinónimo a su vez de haber alcanzado la excelencia que, en muchas ocasiones, equivale solo a haber sabido enriquecerse. El triunfo hoy tiene que ver más con el dinero, la fama y el éxito material, que con esa excelencia que aporta la buena práctica y que no siempre recibe el reconocimiento de la sociedad o de la misma profesión”<sup>13</sup>.

En la región de América Latina el país con mayor capacidad para movilizar internacionalmente médicos generales y especialistas, es Cuba, el cual propone las siguientes modalidades de cooperación<sup>14</sup>:

**1. Asistencia Técnica Compensada (ATC):** formato de cooperación, creado en la época llamada en la isla “Período Especial”, que coincide con el fin de la Unión Soviética y la importante crisis económica en el país. En esta modalidad se establece un acuerdo en el cual el médico contratado recibe remuneración por los servicios prestados en el país anfitrión, pero no dispone de ella ya que parte de la misma, es invertida en el Sistema Nacional de Salud de Cuba y ayuda a mantener el resto de la colaboración médica. Es el formato de cooperación más antiguo y más utilizado.

---

12. Hankovits, M. La Administración, los Recursos humanos y el Entorno Epistemológico. “Reflexiones Sobre la Ética del Trabajo” Presentado a las IX Jornadas de Profesores Universitarios de RR.HH. [Internet] Disponible en: [http://nulan.mdp.edu.ar/1355/1/01210\\_b.pdf](http://nulan.mdp.edu.ar/1355/1/01210_b.pdf)

13. Camps V. Los valores éticos de la profesión sanitaria. Educ Med. [Internet] January-March 2015, 16(1):5. Disponible en [https://ac.els-cdn.com/S1575181315000029/1-s2.0-S1575181315000029-main.pdf?\\_tid=64ef8ee0-08db-4681-a5c5-fe34da0a3e8b&acdna-t=1535204280\\_5e094db255d7ff08dd70797d9160eebb](https://ac.els-cdn.com/S1575181315000029/1-s2.0-S1575181315000029-main.pdf?_tid=64ef8ee0-08db-4681-a5c5-fe34da0a3e8b&acdna-t=1535204280_5e094db255d7ff08dd70797d9160eebb). Los destacados en bastardilla nos pertenecen.

14. Alves SM, Oliveira FP, Matos MFM, Santos LM, Delduque MaC. International cooperation and shortage of doctors: an analysis of the interaction between Brazil, Angola and Cuba. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017 Jul 22(7): 2223-2235.

2. **Programa Integral de Salud (PIS):** creado después de desastres naturales en Centroamérica en la década de 1990. Se caracteriza por el envío de profesionales a lugares remotos, de difícil acceso, con carencia de recursos humanos. En esta modalidad, los profesionales reciben remuneración solamente para el sustento de sus necesidades básicas, con contrapartidas de logística del gobierno participante. Es un formato de emergencia.

3. **Servicios Médicos Cubanos (SMC):** modelo que cuenta con el aporte de recursos del país anfitrión por la prestación de servicios médicos, a ejemplo de lo que ocurre en Brasil con el Programa Más Médicos, que ha crecido en países de Oriente Medio.

4. **Operación Milagro (OM):** vinculada básicamente a cirugías oftalmológicas, siguiendo el modelo de las “avanzadas” quirúrgicas.

5. **Programa de cooperación especial financiado por el país anfitrión,** convenido con Venezuela, Misión Barrio Adentro, que consistió en la provisión de gran número de médicos y enfermeros cubanos, para actuar especialmente en la atención básica.

Brasil recurrió a convenios bilaterales internacionales, incorporando médicos cubanos que ingresaron para prestar servicios en lugares remotos como empleados del sistema cubano de salud, pero trabajando en el exterior. Otro tanto ocurrió en Venezuela<sup>15,16,17</sup>. En estos casos los países anfitriones pagan los servicios directamente al gobierno de Cuba el que a su vez paga sueldos a valores cubanos a sus compatriotas médicos que trabajan en el sur del continente. Una forma particular del fenómeno de las remesas, que ya fue estudiado para la medicina filipina<sup>18</sup>.

Como resultado de masivos procesos migratorios, las organizaciones de salud alrededor del mundo están experimentando profundos cambios demográficos en sus poblaciones profesionales, que alcanzan a Chile. Según la OECD, Chile registra una de las tasas más bajas de médicos por habitante de la región (2.1 médicos por cada 1.000 habitantes) que se traduce en escasez de médicos chilenos disponibles para la atención en el sistema público, lo que atrae una creciente población de médicos de diversos orí-

---

15. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidade. Revista Divulgação em Saúde para Debate 2009; (44):13-34.

16. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Cien Saude Colet 2015; 20(11):3547-3552.

17. Oliveira, JPA; Sanchez, MN and Santos, LMP. The Mais Médicos (More Doctors) Program: the placement of physicians in priority municipalities in Brazil from 2013 to 2014. Ciênc. saúde coletiva [Internet] 2016, vol.21, n.9 2719-2727. A

18. Goldfarb R, Havrylyshyn O, Mangum S. Can remittances compensate for manpower outflows: the case of Philippine physicians. J Devel Econ. 1984, 15(1-3): 1-17

genes geográficos y culturales a este sector<sup>19</sup>.

## ¿Son éticas las Misiones médicas?

El fenómeno de la “Salud Internacional” que involucra a profesionales expertos de países desarrollados y en entrenamiento, que actúan como voluntarios en países con deficientes sistemas de salud; así como las brigadas médicas cubanas, que llevan a cabo “misiones quirúrgicas” en países con sistemas de salud en desarrollo, genera preguntas éticas. En razón del principio de Justicia, las intervenciones solo debieran realizarse si proporcionan tecnologías de mejora organizativa y si son de calidad.

Cabe preguntarse, si se opera un niño de un defecto cardíaco ¿quien continuará con su asistencia posterior y controlará su evolución en el largo plazo? ¿Qué médico lo curará cuando requiera otra corrección, por ejemplo en la vida adulta? ¿Quién asistirá al próximo por nacer? Y aun considerando el efecto benéfico de mejorar las condiciones individuales de salud, la práctica debiera llevar a capacitar y educar a médicos locales, que continúen la tarea cuando la misión se retire, situación bastante lenta e improbable considerando las curvas de aprendizaje de un cirujano cardíaco pediátrico. Un paso en relación con la justicia, sería que cada misión quirúrgica documente cuidadosamente y siga longitudinalmente, a aquellos a quienes intervino; y, promulgue e impulse métodos continuos de mejora de la asistencia y de la calidad de ésta.

Así, es por cuestiones de justicia que quién recibe ayuda de la misión médica, aquellos pacientes intervenidos quirúrgicamente, deben tener suficiente atención posterior en el largo plazo y siempre si el país huésped mejora sus prácticas posteriores<sup>20</sup>.

En los países en desarrollo, existe población excluida de los sistemas asistenciales. Entre las estrategias elegidas para asistirlos, se incluyen las “misiones médicas”, por ejemplo para cirugía. Guatemala desarrolló una alternativa a la “incursión quirúrgica” capacitando equipos locales que generan prácticas de calidad, contratando un cirujano experimentado como líder de una capacitación a tiempo completo<sup>21</sup>.

En Sudáfrica, antiguo destino de alto nivel para “turismo médico” del

19. OECD, Health Statistics [Internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/888933604571>

20. Corno AF. Paediatric and congenital cardiac surgery in emerging economies: surgical “safari” versus educational programmes. [Internet] Oxford Academic, Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 2016;23(1):163-167. Disponible en: doi:10.1093/icvts/iww069.

21. Leon-Wyss JR, Veshti A, Veras O, Gaitán GA, O’Connell M, Mack RA, et al. Pediatric cardiac surgery: a challenge and outcome analysis of the Guatemala effort. [Internet] Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Annu 2009, 12:8-11. Disponible en: Doi: 10.1053/j.pcsu.2009.01.003

hemisferio norte, se da que profesionales expertos y otros en *training*, intervienen resolviendo determinadas patologías ganando con ello experiencia quirúrgica<sup>22</sup>. Este flujo de médicos y pacientes puede desarrollar fenómenos de xenofobia médica, como denuncia la revista *Social Science & Medicine*.

La xenofobia y la discriminación existen como elementos contradictorios, incluso dentro del antiguo sistema equitativo e igualitario como el Servicio Nacional de Salud británico (NHS)<sup>23</sup>. Los llamados “médicos de ultramar” se encuentran en Gran Bretaña dentro de la compleja interacción entre racismo y nacionalismo, producto de los controles de inmigración internos y externos introducidos con el objetivo de regular la mano de obra migrante calificada de India y Pakistan<sup>24</sup>.

Quien emigra debe enfrentarse a diversos mecanismos. Silvia Melamedoff explica que “pueden darse dos procesos inversos, ambos malas adaptaciones. Uno es idealizar el lugar de destino y denigrar al que se dejó, renunciando a los orígenes (amputación psíquica) e incorporando la nueva lengua como única; el otro, como contrapartida, es el miedo a adaptarse y a perder la identidad, conservando costumbres, idioma, grupo y haciendo una réplica de lo propio en otro lugar”<sup>25</sup>.

La forma de hablar, en ocasiones, puede ser objeto de discriminación y polémica. Eso sucedió en España cuando organizaciones de consumidores denunciaron una publicidad por considerar que ofrece “una imagen peyorativa y denigrante de los profesionales del sector” y “fomenta estereotipos xenófobos”<sup>26</sup>; De hecho, en esos spots “se muestra a dentistas de dudosa profesionalidad, en algunos casos haciendo énfasis en aspectos culturales que resultan evidentes también por el claro acento argentino, y en otros en la elevada edad”<sup>27</sup>.

Las experiencias al respecto son diversas: hay profesionales que emi-

---

22. South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. Crush J, Chikanda A. *Soc Sci Med*, 2015 Jan; 124:313-20.

23. Kyriakides C., Virdee S. Migrant labour, racism and the British National Health Service. [Internet] *Ethnicity & Health*, 2003, 8(4): 283-305. Disponible en: doi:10.1080/13557850310001631731

24. Ídem.

25. Sitio migraciones.gov.ar. “Vivencias de ser migrante”. Entrevista de C. Beneventana a S. Melamedoff, especialista en el abordaje psicológico. [Internet] Disponible en: [http://www.migraciones.gov.ar/pdf\\_varios/periodico/periodico\\_201104.pdf](http://www.migraciones.gov.ar/pdf_varios/periodico/periodico_201104.pdf).

26. La Nación, “Polémica por un aviso xenófobo en España”, [Internet] Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/1447897-polemica-por-un-aviso-xenofobo-en-espana>

27. Sitio Andino, Polémica. Xenofobia en España: spots degradan a profesionales argentinos. [Internet] Disponible en: <http://www.sitioandino.com.ar/n/25950-xenofobia-en-espana-spots-degradan-a-profesionales-argentinos/>

gran para incrementar su formación y observan que la tecnología y ciertas facilidades infraestructurales, presentes en los países anfitriones, no se encuentra en sus respectivos países. El contexto tecnológico en áreas del conocimiento, con avances propios del desarrollo económico, estimulan el no retorno a los países de los médicos, quienes aducen que allí no encontrarán los medios para replicar el conocimiento de la especialidad adquirida. En tanto un número significativo de profesionales que se han formado en el extranjero con el compromiso de regresar a sus países de origen, han hallado barreras infranqueables para su inserción laboral, producto de la competencia despiadada entre colegas y del temor a la innovación y al cambio institucional.

Otros problemas de discriminación se producen cuando los medios y las organizaciones médicas señalan que no es suficiente hacer trámites administrativos para convalidar títulos, controlar habilidades técnicas y comprobar conocimientos científicos: existirían profesionales de primera (los propios) y otros de segunda (migrantes).

El caso ecuatoriano permite señalar que el fenómeno migratorio y de política sanitaria es muy complejo, afectando al sistema de salud y de educación a nivel nacional, donde el gobierno, los políticos, los organismos internacionales y agencias de cooperación técnica son actores relevantes.

En Perú, las razones migratorias de los médicos peruanos incluyen inadecuadas condiciones laborales, bajos ingresos económicos, excesiva carga de trabajo e inconveniente clima profesional, insatisfacción con el empleo o empleo múltiple<sup>28</sup>. Los graduados peruanos aceptan trabajos médicos temporales en su país, mientras se preparan para acceder a realizar la residencia médica y al igual que en otros países andinos con oferta de pocas plazas, su no inclusión estimula la migración.

Un estudio realizado en estudiantes de medicina incluyendo al Perú, mostró que el 86,2% de los encuestados desea realizar una especialidad médica<sup>29</sup>. Sin embargo, el número de plazas disponibles para realizarla es inferior a la cantidad de postulantes. Como ejemplo, el año 2016 se postularon 6.005 médicos para 2.606 plazas para realizar una residencia médica<sup>30</sup>. Es el caso opuesto al que observamos en Argentina donde las vacantes no se cubren y quedan vacantes libres en los sistemas de capacitación de postgrado.

---

28. Taype-Rondan A, Alarcon-Ruiz C, Zafra-Tanaka JH, Rojas-Vilar FJ. Factores asociados al ingreso económico, carga laboral y clima laboral en un grupo de médicos generales jóvenes en Perú. *Acta Méd. Perú* 2018 Ene 35(1):6-13.

29. Consejo Nacional de Residencia Médica. [Internet] Lima: CONAREME; 2016. Disponible en: <http://www.conareme.org.pe/web/proceso-de-admision-2016.php>

30. Ídem.

En Chile, en el año 2000, la proporción de graduados extranjeros que ingresaron a ese país, fue el doble de los profesionales egresados chilenos<sup>31</sup>. Hay autores como José Joaquín Brunner que se preguntan si las transformaciones experimentadas en estas primeras décadas del siglo XXI (masificación, diferenciación, diversificación) son adecuadas a las nuevas realidades globales del trabajo y a las condiciones emergentes de las culturas posmodernas<sup>32</sup>.

En la educación médica de postgrado en Argentina, se observa en los últimos años, un fenómeno de transnacionalización e internacionalización, forma mixta que oscila entre considerar la educación como un servicio transable y sujeto a las reglas del mercado global, orientado a captar fondos de los estudiantes, mientras es también considerado como un derecho y un bien colectivo global.

En Argentina egresan cada año entre 4800 y 5500 médicos de las Facultades de Medicina públicas y privadas. El sistema de residencias en sus distintas modalidades nacionales, provinciales, universitarias, privadas, ofrece en conjunto aproximadamente 4800 plazas anuales de diferentes especialidades. Curiosamente, más de la mitad de los candidatos desistieron de iniciar su formación como especialistas<sup>33</sup>.

Del mismo modo que en otros países, se vio en Argentina, la llegada de médicos graduados en Venezuela. Las razones de su migración son diversas e incluyen la falta de oportunidades para el desarrollo profesional, falta de equipos y suministros de trabajo, bajos salarios, inestabilidad y violencia política, pobres condiciones laborales, oportunidades educativas y reunificación familiar. Investigaciones venezolanas hacen referencia a: muy escasa remuneración tanto durante la residencia como al concluirla; una continua descalificación gubernamental hacia el gremio médico nacional y la preferencia dada a médicos extranjeros; inseguridad personal, sobrecarga asistencial y deterioro de la infraestructura de los centros de salud<sup>34,35</sup>.

---

31. Lastra J. La migración de médicos latinoamericanos a Chile en las últimas décadas. Rev Chil Salud Pública 2006; Vol 10 (1): 52-59

32. Brunner, JJ. Educación superior y mundo del trabajo: horizontes de indagación. Calidad en la Educación, 2018, N° 29.

33. [Internet] Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/lasResidencias/2014-2-7-oferta de residencias 2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/lasResidencias/2014-2-7-oferta%20de%20residencias%202013.pdf).

34. Marcano Amador H. Consideraciones acerca de la disminución de las solicitudes de Ingreso a los posgrados de Medicina Interna. Med Interna [Internet] 2011, 27 (1): 33-36. Disponible en: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/212>

35. Patiño Torres MJ, Marulanda MI and Maritza DC. "Educación médica en América Latina: Venezuela". Educación Médica, 19(1):60-65. [Internet] Disponible en: <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S1575181318300330>

Argentina reconoce que los venezolanos llegados al país lo hacen por “razones ajenas a su voluntad” y es así que el Poder Ejecutivo instruyó a la Dirección Nacional de Migraciones y al Ministerio de Educación a través del Boletín Oficial, para la flexibilización y simplificación de los trámites que deben realizar los ciudadanos venezolanos que quieran radicarse en la Argentina. Indica que: “resulta conveniente dictar una medida que autorice a la Dirección General de Inmigración a la flexibilización, simplificación y eventual eximición, previa evaluación de cada caso en particular, de los requisitos documentales exigidos en la Ley y su Reglamento” en atención al “agravamiento de la crisis política, social y humanitaria que padece el pueblo del país hermano”<sup>36</sup>.

En España unos 4.200 nuevos médicos por año, pueden acceder a 6.500 plazas de residencias. Se invita entonces a médicos extracomunitarios a participar del concurso de ingreso con un cupo. Esto les permite completar las plazas sin cambiar el número de ingresantes al ciclo de grado. Actualmente, la inmigración, los que abandonan su plaza para examinarse de nuevo y cambiar de especialidad, y las residencias vacantes, son consecuencia de la inestabilidad del sistema. Existen propuestas como aumentar el número de vacantes al ciclo de grado de medicina, reducir las plazas de residencia o regular y gestionar mejor los flujos migratorios médicos de inmigración y emigración, con políticas activas de reclutamiento de candidatos idóneos<sup>37</sup>.

Existe una preocupación ética en relación al fenómeno migratorio que se verifica entre países periféricos y países centrales, ya que la migración de médicos de países pobres a países ricos deja a los primeros, que han solventado su formación, sin la posibilidad de afrontar su propia demanda<sup>38</sup>: un problema de justicia y equidad. En España los servicios de salud de Cataluña, Extremadura y Castilla-La Mancha han anunciado o han puesto en marcha planes especiales para contratar decenas de médicos formados en Europa del Este y en países hispanoamericanos. Polonia se ha convertido en la fuente de profesionales preferida por los gestores sanitarios, por su preparación y porque cuentan con un título de fácil homologación<sup>39</sup>.

---

36. Ministerio de Educación, Convalidación de títulos diplomados o grados académicos universitarios. Boletín Oficial de la República Argentina. 33810, feb 2018, Pág. 32.

37. González López-Valcárcel, B., & Barber Pérez, P. Dificultades, trampas y tópicos en la planificación del personal médico. [Internet] Gaceta Sanitaria, sep./oct. 2008, 22(5):393-395. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112008000500001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500001)

38. Hallock JA, Aschenbrenner CA. Academic Medicine. [Internet] Diciembre 2016, 81(12):S1-S2, Disponible en: DOI: 10.1097/01.ACM.0000243350.60239.4c

39. Martínez ED. “Universidades, hospitales y necesidad de pediatras, ¿hay soluciones?” Anales de Pediatría, 68 (5):415-539. [Internet] Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-universidades-hospitales-necesidad-pediatras-hay-articulo-S1695403308701747>

La preocupación por la migración médica alcanza hasta a la OMS, que estableció un Código Global de Prácticas para la Contratación Internacional de Personal de Salud. Este Código Global que fue adoptado por todos los Estados miembros de la Organización, promueve principios y prácticas voluntarias para gestionar una mejor migración internacional del personal de salud, con un enfoque en el fortalecimiento de los sistemas de salud. En el año 2015, el Consejo Ejecutivo de la OMS estableció que el Código es útil y pertinente en el contexto del aumento de la movilidad médica interregional<sup>40</sup>.

La urgencia en dar respuesta a la falta de médicos nacionales, ha llevado a varios países a tomar medidas drásticas. Recientemente el Consejo de Profesionales de la Salud de Sudáfrica registró y autorizó sin barreras ni exámenes, la práctica de médicos calificados en el extranjero. Esto allanó el camino para que médicos no sudafricanos ayudaran a paliar la crisis de personal en hospitales del país. El principio rector fue obtener médicos bien entrenados y experimentados, que puedan trabajar en hospitales rurales donde se los necesita<sup>41</sup>.

## Recurso médico y derecho a la salud

El sistema de las Naciones Unidas ha consagrado como un derecho económico social y cultural *el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*<sup>42</sup> y para asegurar el pleno ejercicio de este derecho, los estados están obligados a la *creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*<sup>43</sup>.

Asimismo, para lograr este objetivo en un mundo globalizado y con movimientos migratorios crecientes, se requiere que el médico que se ha formado como tal en una universidad reconocida del país, sea habilitado para ejercer, en un trámite fácil pero eficaz de protección a la población.

En la Unión Europea (UE) cada país ha establecido su propia política hacia los médicos extranjeros para obtener una licencia completa, lo que impide que terminen como obreros no calificados. Los países nórdicos y

40. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: second round of national reporting. Report by the Secretariat, 24 marzo de 2016. [Internet] Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_37-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_37-en.pdf)

41. Couper I. Recruiting foreign doctors to South Africa: difficulties and dilemmas. Rural and Remote Health, 10 junio de 2003, 3(2):1-5. [Internet] Disponible en: [www.rrh.org.au/journal/article/195](http://www.rrh.org.au/journal/article/195)

42. UN. Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966 Art. 12 [Internet] Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

43. Id. Letra d)

el Reino Unido han desarrollado un proceso de vía o trámite rápido (*fast track*, en inglés) para los médicos migrantes, mientras en Austria, Bélgica, y los Países Bajos, deben convalidar en las facultades de medicina de las universidades. La situación en Alemania se encuentra entre estos dos extremos: como regla general, tardan entre 18 y 36 meses en conseguir la habilitación<sup>44</sup>.

Las transformaciones en el mercado de trabajo de la Unión Europea (UE), influenciadas por cambios políticos y económicos, la flexibilización del mercado laboral, las privatizaciones y el desempleo, conformaron el contexto para la emergencia de la Declaración de Bolonia sobre educación superior. Con propuestas de formación de profesionales según las demandas del mercado, escritas e implementadas por ministros de Educación y niveles superiores institucionales, colisionan con la autonomía universitaria como se entiende en Europa y mercantiliza la Enseñanza Superior como una consecuencia no explícita<sup>45</sup>.

Desde la Declaración de Bolonia y la creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), dentro de la UE se han producido recomendaciones y cambios en la educación médica, para intentar unificar recorridos curriculares de las carreras de medicina<sup>46</sup>; y facilitar así la circulación de los graduados formados en un currículo de formato común a todo el EEES con las competencias uniformes adquiridas por los graduados. El EEES, pese a sus críticas, forma parte del proceso de transformación social que ha ido llevando a los países de Europa a replantear la educación superior<sup>47</sup>.

La Comisión Europea, brazo ejecutivo de la UE, solventa con fondos comunitarios algunos emprendimientos y proyectos para apoyar las reformas de Bolonia, como el *Proyecto Tuning*, que pretende la adopción de un sistema de titulaciones fácilmente comprensible y comparable, mediante la identificación de puntos de referencia para las competencias generales y específicas<sup>48</sup>.

---

44. Huijskens EGW, Hooshiaran A, Scherpbier A, Van Der Horst F. Barriers and facilitating factors in the professional careers of international medical graduates. *Medical Education*. 2010. 44 (8):795-804.

45. Bianchetti, L. El proceso de Bolonia y la globalización de la educación superior. 2016. CLACSO: Repositorio Digital.

46. Espacio Europeo de Enseñanza Superior, Declaración conjunta de los ministros europeos de enseñanza. [Internet] Disponible en: <http://ees.umh.es/contenidos/Documentos/DeclaracionBolonia.pdf>

47. Alonso-Sáez, I. y Arandia-Lorono, M. 15 años desde la Declaración de Bolonia. Desarrollo, situación actual y retos del Espacio Europeo de Educación Superior. *Rev. iberoam. educ. super* 8(23):199-213. [Internet] Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-28722017000300199](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-28722017000300199)

48. Cumming, A, Ross M. "The Tuning Project for Medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe." *Medical teacher* 29(7): 636-641. [Internet] Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40037-013-0066-z>

Otro proyecto es la Red Temática de Educación Médica en Europa (Thematic Network in Medical Education in Europe, MEDINE, por su nombre y sigla en inglés), que especifica las competencias a alcanzar en la educación médica de grado<sup>49</sup>. Allí se alude a una extensa serie de competencias profesionales a adquirir durante el curso de la carrera.

La mayor parte de la literatura considera la migración calificada como negativa para los países de origen, porque la misma significa una pérdida de recursos dado que gran parte de la inversión que el país realiza en su sistema educativo se pierde con la migración. Sin embargo, la alta participación de extranjeros en los sistemas hospitalarios de los países receptores y formadores de especialistas, subsidia a otros países latinoamericanos con menos ofertas formativas como Ecuador y Colombia, que se verán beneficiados cuando esos profesionales capacitados retornen a sus países de origen.

Pese a tratarse de personal calificado, el contexto de la migración internacional está cargado de riesgos. Siempre los tuvo: clandestinidad, ilegalidad, infracciones, atropellos, tráfico y trata de personas, xenofobia, dificultades de integración, injusticia, violencia, arbitrariedad en su relación con temas de salud. Todo ello se traduce en vulnerabilidad social, que afecta a los profesionales médicos que se desplazan a través de las fronteras, con su carga de dolor y sufrimiento, cuando la migración es forzada.

76

## **Bioética, responsabilidad social, salud y recurso médico**

La responsabilidad social en salud, objetivo imposible de alcanzar sin contar con recursos profesionales médicos adecuados a las necesidades de la población, es consustancial al goce de otros Derechos Humanos.

Así lo reconoce la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Unesco (2005) al proclamar entre otros derechos, que “La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad”; “que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de (etnia), religión, ideología política o condición económica o social, que los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar”; y que también es un derecho “el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien

---

49. MEDINE [Internet] Disponible en: <http://europet.dote.hu/en/node/584>

social y humano”<sup>50</sup>.

En las últimas décadas se ha desarrollado y difundido el enfoque de la salud desde la Bioética, que enfatiza el respeto a la dignidad, y autonomía de los pacientes. Otro de los principios éticos es la Justicia que considera los deberes del Estado con responsabilidades morales y técnicas, que debe prever como brindará adecuados servicios de salud a la población. En este contexto, debiera considerarse y buscar solución a los fenómenos de migración interna y externa de profesionales de la salud, quienes en su desarraigo y crisis existencial, tratan de preservar su salud espiritual y desarrollo humano para integrarse, al tiempo que deben cumplir con su responsabilidad social en salud.

La desigualdad económica entre los países con sistema económico capitalista más la inestabilidad política que puede darse aún en el sistema democrático, se encuentran en la base como factores de la migración de médicos. Por una parte, se favorece la condición de atención médica en los países receptores, mientras disminuye la respuesta de atención médica que afecta a los países que formaron a los médicos, a los que el sistema de sanitario no logra insertarlos en la cadena social y productiva. El efecto de la migración de los profesionales de la medicina forma escenarios complejos: desde la respuesta solidaria a las emergencias, catástrofes, falta de atención en los distintos niveles de salud y en respuesta a la falta de oportunidad de desarrollo profesional. Desde la bioética surgen planteamientos como: ¿Cuál es la obligación moral para ejercer la medicina del médico con su entorno en el cual fue formado? ¿Existen medios de compensación transferidos a los países expulsores que minimicen el impacto de falta de recurso humano en un marco de justicia social?

77

## A modo de reflexión final

Los países de menores ingresos en el mundo, enfrentan con mayor dificultad el desafío importante de garantizar como base ética de la sociedad (Derechos Humanos) el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr para su población, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.

Tal objetivo requiere entre otros, contar con recursos profesionales sanitarios y de forma importante con médicos, cuya escasez el presente artículo destaca. Por otra parte, movimientos sociales políticos y económicos en el mundo, provocan fenómenos de migración, que desestabilizan

---

50. UNESCO, Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, Art. 14 [Internet] Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

la disposición de este valioso recurso, sea agravando o favoreciendo su disponibilidad. Entre los desafíos pendientes, está el favorecimiento de tal migración por la vía de facilitar las licencias de ejercicio profesional o una asimilación de conocimientos y competencias, estrategia que nuestros países no han asumido.

La consideración del recurso médico en condiciones dignas de asumir su rol, es parte de la complejidad de la atención en salud, que puede influir en la comunicación y en la forma de interactuar con el otro, considerando que en el cuidado al otro se acerca a él y lo reconoce como otro, en el proceso y aspiración denominada “humanización en la atención de salud”. *Al hablar de humanización es significativo tener en cuenta todo un conjunto de valores implicados en ésta, en primer lugar las instituciones del sector salud, tienen el compromiso no solo de proveer al recurso humano los mecanismos para que logren efectuar apropiadamente su competencias, atenuar sus debilidades formativas y de comunicación, sino también intervenir las limitaciones en infraestructura y equipamiento que influyen negativamente en el logro de una atención con calidad*<sup>51</sup>.

En la actualidad para explicar la situación de la atención en salud, en muchos lugares se alude críticamente a una “deshumanización profesional” ya que situaciones como las expuestas en el presente trabajo han conducido a la pérdida de lo que nos hace plenamente humanos, esto es la solidaridad, la empatía, la comprensión, la ayuda, la generosidad y la consideración al necesitado. Eduardo Díaz Amado sostiene que “hacer de la atención en salud un negocio y reducir el ejercicio de las profesiones involucradas a un asunto meramente técnico y procedimental es la pendiente resbaladiza que lleva a dichas profesiones al plano vulgar del mero intercambio de cosas, del consumismo y la explotación, lo que de paso lleva a la crueldad, la humillación y el dolor... Es descender al mundo de lo inhumano”<sup>52</sup>.

Por ello, se hace necesario instar y trabajar por humanizar la salud, como un “intento de contrarrestar los efectos nocivos del excesivo énfasis en lo tecnológico, lo administrativo y lo económico en dichos servicios, en desmedro, por supuesto, de las consideraciones de orden ético, afectivo y emocional, entre otras, que han de tenerse en cuenta en la especial circunstancia de proveer ayuda y atención a quienes están afectados por

---

51. Correa Zambrano, ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista Cuidarte [Internet] 2016, 7(1):1227-123. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/300/527>

52. Díaz Amado, E. La humanización de la salud: conceptos, críticas y perspectivas en E. Díaz Amado (ed.) [Internet] Disponible en: [http://www.javeriana.edu.co/documentos/4578040/4715782/Humanizac\\_de\\_la\\_salud\\_Intro/211feb31-452a-4cb2-9c7a-86d97b-917f2c](http://www.javeriana.edu.co/documentos/4578040/4715782/Humanizac_de_la_salud_Intro/211feb31-452a-4cb2-9c7a-86d97b-917f2c)

alguna enfermedad”<sup>53</sup>. Este, sin embargo, sigue siendo un tema complejo, ya que la atención humanizada implica no solo contar con los profesionales de la salud en cantidad y calidad adecuada para brindarla. La comunidad internacional está en deuda con este anhelo y obligación ética de Justicia Sanitaria.

A cuarenta años de la Declaración de Alma-Ata<sup>54</sup>, la “salud para todos en el año 2000” aun sigue siendo una meta de difícil concreción. Analizar y atender las causas que originan este tipo de fenómenos se constituye en desafío global.

## **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno respecto del contenido del artículo.

## **Participación de los autores**

Todos los autores participaron en la elaboración, escritura, discusión y corrección del manuscrito.

## **Agradecimientos**

Patricia Cudeiro y Fernando A. Torres realizaron interesantes aportes a la versión primigenia de este manuscrito.

---

53. Ídem.

54. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Atá, 6 al 12 de septiembre de 1978 [Internet] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

# EL ARTE DE CURAR: EL MÉDICO COMO PLACEBO

## *Pablo González Blasco*

Director científico de SOBRAMFA (Sociedade de Medicina de Familia). Sao Paulo. Brasil

## *María Auxiliadora C. De Benedetto*

Médico de Familia. Coordinadora de programas de Especialización y del Departamento de Humanidades. SOBRAMFA. Sao Paulo. Brasil

## *Ismael Ramírez Villaseñor*

Médico de Familia. Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar (ALPMF). Unidad de Medicina Familiar 1. IMSS: Guadalajara. México

80

## Historias de vida: lo que aprendemos con los pacientes

Nuestra reflexión nace de historias de vida -la nuestra y las de nuestros pacientes- que despiertan al filósofo que todo médico lleva dentro. EL ejercicio reflexivo de la profesión: ésa es la senda que nos conduce al arte médico.

Un hombre de 67 años acaba de fallecer. Un cáncer metastásico de próstata le ha vencido al final de dos años de lucha.

Tengo el privilegio de asistir sus momentos finales en el hospital. A un lado, su esposa le habla quedamente al oído, al otro, su hijo también le habla cariñosamente. A mi lado, la enfermera le va nombrando, de modo dulce y solemne, a todos los que estamos en el cuarto. Convincente y cariñosamente le asegura que Dios le quiere. Cesa la respiración, y todos vuelven su mirada hacia mí. Asiento con la cabeza, y recibo el abrazo de la viuda, de todos los presentes. “Menos mal que usted estaba aquí. Nos ha dejado mucho más tranquilos”. Ese “menos mal” vuelve una y otra vez a mi memoria. El paciente acaba de morir, y me dicen menos mal. ¿Qué ocurre?

Un par de días después veo a la madre del fallecido, tiene 93 años y sufre porque acaba de enterrar a su hijo que “nunca tuvo gripe, doctor, y ahora...” Voy a su domicilio, está con mareos, no duerme, se siente insegura. Tiene todo el derecho del mundo para sentirse así.” Lo extraño -le digo- sería que usted no sintiera nada”. Receto algunos medicamentos. Pero las farmacias no entregan las medicinas a domicilio. Me ofrezco a llevar en mi auto a la farmacia a la nuera-viuda-paciente. Ahí la farmacéutica me pide los datos. A la señora, por favor, yo soy el médico”. Se sorprende y pregunta: “¿Usted es el médico? ¿Qué tipo de médico?”. La nuera-viuda-paciente me auxilia: “Es un médico de familia, de los que vienen a verte a casa, y que mientras le esperas, empiezas a sentirte mejor. ¡Es un médico que cura con la presencia, señorita!”

¿Qué significa esto? ¿Qué es ese poder que parece acompañarnos, que nos fue otorgado sin mérito, y del cual a veces nos olvidamos? El médico como medicamento, como su complemento o tal vez como placebo<sup>1</sup>.

## Sobre los placebos y los médicos

No se puede comprender la terapia médica si se ignora el efecto placebo. El proceso de curación depende de la historia natural de la enfermedad, los efectos farmacológicos específicos y los cambios inespecíficos causados por terapeuta y ambiente. En este último espacio se incluye el efecto placebo<sup>2</sup>. Pero el efecto placebo es una respuesta psicológica no atribuible a los mecanismos físico-químicos de las intervenciones realizadas. También ocurren reacciones adversas (efecto placebo) incluso raras, como urticaria y angioedema<sup>3</sup>. Los efectos dependen de cada paciente<sup>4,5</sup>.

Hay ejemplos numerosos de efecto placebo que supera a los analgésicos o los antidepresivos<sup>6,7</sup>. El efecto placebo es independiente del nivel educativo, la inteligencia o la gravedad de la enfermedad<sup>5,8,9</sup>.

En la práctica diaria lo que realmente vemos es la suma de los efectos farmacológicos (o de cualquier terapia) más el efecto placebo, las interacciones inconscientes entre el médico y el paciente<sup>10</sup>. El efecto placebo es mucho más que el efecto de una tableta inerte. En él influyen las convenciones y el método de comunicación del terapeuta. El efecto placebo -o nocebo- está presente independientemente de nuestra voluntad. DE ahí que los médicos de familia consideramos la relación con nuestro paciente y su familia como el recurso terapéutico más valioso que podemos tener<sup>11,12</sup>.

## Cuidando de personas: el médico como medicamento

Ya a mitad del siglo XX, Gregorio Marañón<sup>13</sup> -paradigma de arte y ciencia- advertía del peligro de usar herramientas puramente técnicas sin conocer al enfermo, sin escucharle con atención, sin interesarse de verdad por él. Marañón, con su colosal cultura humanística, declara: “...Hay que admitir que la medicina corriente se reduce, por lo común, o a problemas fáciles de resolver, o completamente insolubles para el hombre más dotado de sabiduría. Lo fundamental en cualquier caso es que el médico esté con sus cinco sentidos en lo que está, y no pensando en otras cosas”<sup>12</sup>.

Cuando el médico se sienta y escucha al enfermo, le está comunicando una actitud humanista por autonomasia”.

Hoy tenemos tecnología sofisticada -importante-, pero estamos perdiendo el gusto por sentarnos y oír narrativas de vida. Nos faltan sillas, o, tal vez, paciencia para sentarnos y escuchar.

La medicina como arte reconoce que cada paciente es único. No sólo desde la perspectiva de la enfermedad que le acomete (*disease*, en inglés), sino en el modo como esa afección “se encarna y concretiza” (esto es *illness*, en inglés, estar enfermo)<sup>14</sup>. La enfermedad se presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo “a su modo”, de acuerdo con su personal. ES necesaria una perspectiva bifocal, que consiga unir en artística simbiosis la atención a la enfermedad, con toda la evaluación técnica, y al paciente que se siente enfermo, con la comprensión vital que conlleva. Esto es actuación médica centrada en la persona, ejercicio simultáneo de ciencia y arte<sup>15</sup>. El médico como placebo -como medicamento, si se prefiere- consigue atender terapéutica y simultáneamente esas dos dimensiones del proceso de enfermar. Es un médico, de amplio espectro.

82

## Aprendiendo a escuchar: curar con la actitud

Escuchar con atención es una habilidad que el médico tiene que aprender para curar<sup>16</sup>. Para ello requiere el rescate de los milenarios recursos del arte médico<sup>17</sup>. Los pacientes muestran pistas sutiles acerca de su experiencia con el padecimiento, pero frecuentemente los médicos las ignoramos porque escuchamos solamente “la voz de la medicina” y nos han entrenado para ignorar el lado emocional, es decir, la “voz de la vida del paciente”<sup>19</sup>.

De nuevo la reflexión: una señora de 75 años es enviada al médico de familia porque frecuentaba diversos especialistas sin sentirse satisfecha. Me mira diciendo: usted debe ser otra de la lista interminable de médicos

que tengo que aguantar, que me pide exámenes y no me deja hablar de lo que quiero. Leo en su ficha que tiene diabetes, presión alta. Apoyo las manos en la mesa, sonrío y espero que tome la iniciativa. “doctora, yo voy al cardiólogo, al endocrinólogo, a otros médicos siempre que surge algo nuevo, y siempre surge. Parece que los exámenes no están muy bien, que mi presión está fuera de control. Para ser franca, no estoy tomando las medicinas correctamente”. Escucho sin cara de espanto, eso le da confianza. Cambia de tema: “Perdí a mi marido hace un mes. Nunca tuvo nada y, de repente, se puso amarillo como un canario. Un tumor de páncreas, no había nada que hacer. Le cuidé durante 3 meses, noche y día, y ahora estoy agotada, sin ganas de hacer nada. Me olvidé de tomar las medicinas, yo que siempre he sido de lo más cumplidora”.

La examino, veo los exámenes, le ordeno las medicinas en una sencilla tabla de prescripción con los horarios, y sonriendo me despido y le doy a entender que entiendo que se olvide de cuidarse, que esté como perdida en su soledad, Su mirada es triste, pero comprende que quiero ayudarla. El vínculo se fortalece en las siguientes consultas, empieza a tomar las medicinas correctamente y a cuidarse. Cierta vez aceptó que le recetara un antidepresivo. Sabe que no pretendo que se olvide de lo que le ha pasado con “unas pastillas”, sino que lo recuerde serenamente.

Me cuenta sobre su familia, y de cierto culto evangélico al que no quiere volver. Al parecer el pastor le recomendó relacionarse nuevamente para encontrar a alguien: “no quiero casarme otra vez. Mi marido fue el amor de mi vida. Nos casamos hace 30 años y siempre me aceptó, aunque mi vida había sido destrozada cuando joven...”. Comenta una historia muy íntima: “Pocas personas saben lo que le estoy contando. Viví cuando niña en una aldea. Tuve un novio por quien me apasioné y me quedé embarazada. Cuando mi novio lo supo, desapareció. Mi familia no aceptó mi situación, dijeron que sería una vergüenza en el pueblo. Mi madre me trajo a la ciudad diciéndome que me llevaría al médico y me dejaría con unos familiares hasta que la criatura naciera. Me llevó al médico... Bueno, no sé si era médico... Y cuando me di cuenta, me habían hecho abortar. Yo quería tener aquel hijo, trabajaría para sustentarlo nunca se me habría ocurrido esa barbaridad. Pensé que mi vida estaba marcada para siempre y que nadie me aceptaría. Fue entonces cuando encontré a mi marido, nos casamos y en los 30 años que vivimos juntos nunca oí una palabra de crítica o de falta de respeto”. Fue una de las últimas consultas, antes de que regresara al pueblo de su infancia. La presión estaba controlada, los exámenes, normales. Y estaba con ánimo para iniciar una nueva vida. Su historia había encontrado un interlocutor.

## El arte de curar: un nuevo humanismo con entusiasmo

El humanismo médico combina en perfecta armonía la ciencia médica moderna con el arte de entender al enfermo como persona<sup>18</sup>. Cuenta con un catalizador del proceso curativo: el entusiasmo. “Todo hombre en verdad entusiasta es siempre un hombre bueno. Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo”<sup>19</sup>. Entusiasmo es la vibración profesional de poder ayudar a los que buscan alivio de sus sufrimientos. Es la alegría de la vocación. Algo sencillo pero, infelizmente, cada vez más escaso. Dice Marañón: los médicos tenemos un arma cada vez más poderosa pero notoriamente insuficiente -la ciencia-, que necesita ser complementada con la sugestión inconsciente, “bilateral”, alejada de toda charlatanería. El médico puramente escéptico está casi inerte ante la enfermedad (*illness*), toda esa experiencia de la enfermedad que hace tanta diferencia entre una persona y otra, “...y que sólo será vulnerable al médico entusiasta”<sup>9</sup>.

La verdad científica tiene vigencia limitada, hay un vacío enorme entre lo que sabemos y lo que deseamos saber; ese hueco se llena con una dosis copiosísima de modestia<sup>13</sup>.

Osler decía que más importante que lo que el médico hace es lo que el enfermo piensa que el médico está haciendo con él. ¿Qué pensarán nuestros enfermos de lo que hacemos con ellos? Tengamos la valentía de preguntarles, y de actuar.

84

## Bibliografía

1. Ramírez Villaseñor I, Camarena OJ. *Dosis en Medicina de Familia. Farmacoterapia en Atención Primaria*. México: MFM; 2006.
2. Kleijnen J, Craen JMA, van Everdingen J, Krol L. *Placebo effect in double-blind clinical trials: a review of interactions with medications*. Lancet. 1994; 344:1347-9.
3. Bienenfeld L, Frishman W, Glasser PS. *The placebo effect in cardiovascular disease*. Am Heart J. 1996; 132:1207-21.
4. Brody H. *The placebo response. Recent research and implications for family medicine*. J Fam Pract. 2000; 49:649-54.
5. Moerman DE, Jonas WB. *Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response*. Ann Intern Med. 2002; 52:332-42.
6. Spiegel D. *Placebos in practice*. BMJ. 2004; 329:927-8. Disponible en: [www.BMJ.com](http://www.BMJ.com)
7. Kirsch I, Moore TJ. *The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration*. Prevention & Treatment. 2002; 5: Article 23. Disponible en: <http://journal.apa.org/prevention>
8. Nies AS. *Principles of therapeutics*. En: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG,

- editores. Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 10ª ed. New York: McGraw-Hill; 2001. P. 56.
9. **Brown JB, et al.** *The first componet: exploring both the disease and the illness experience.* En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWninnney R, McWilliam CL, Freeman TR, editores. Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 2ª ed. Abingdon: Radcliffe Med Press; 2003. P. 3-52.
10. **Vernon MS.** *The placebo effect: Can we use it better?* BMJ. 1994; 309:69-70.
11. **Balint M.** *La médicin, son maladeet la maladie.* París: Petie Bibliothèque Payout; 1996. Citado por Balint. Fascículo 1. México: Lab. Roche; 1970.
12. **Balint M.** *La personalidad del médico.* En: Balint M. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. 1ª ed. México DF: Ed. Siglo XXI; 1966. P. 120-32.
13. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid:Espasa Calpe; 1954.
14. **Kleinman A, Eisenberg L, Good B.** *Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research.* Ann Intern Med. 1978; 88:251-8.
15. **Rencoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF.** *Principios de Medicina de Familia.* Sao Paulo: Sobramfa; 2003. Disponible en: [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)
16. **Greenhalgh T, Hurwitz B.** *Narrative based medicine: Why study narrative?* BMJ. 1999; 318:48-50.
17. **Greenhalgh T.** *Narrative based medicine. Narrative based medicine in an evidence based world.* BMJ. 1999; 318:323-5.
18. **Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR.** *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados.* Aten Primaria. 2006;38:225-9.
19. **Marañón G.** *Vocación y ética.* Buenos Aires: Espasa Calpe; 1946.

# FE, ESPIRITUALIDAD Y SALUD

*Lotufo, Alicia; Castellano Horacio; Orsi, María Clelia*

Comité de Bioética del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas

## Introducción

La salud de los sujetos humanos depende de una multitud de factores: biológicos, sociales, culturales, económicos y también de aquello desconocido que llamamos azar. Dentro de los factores sociales y culturales, ubicamos las manifestaciones de la espiritualidad, propia de cada persona. ¿De qué manera influye esta dimensión del ser humano en su salud?

86

Es bastante habitual relacionar a la espiritualidad o a la religión como ayuda para abordar las situaciones de enfermedad, graves o amenazantes, o a la necesidad del cuerpo médico de reconocer las manifestaciones o imposiciones religiosas de los pacientes, consideraciones sin duda importantes a tener en cuenta en la práctica profesional. En este trabajo nos abocamos a pensar si hay una influencia de la fe y la espiritualidad en la construcción de la salud o formulándolo de otra manera, si la fe y la espiritualidad ofrecen una defensa anímica, una fortaleza especial, un reservorio de recursos útiles frente a situaciones adversas. No es una pregunta de fácil respuesta y creemos que tampoco de una sola respuesta; cada quien posiblemente tenga una hipótesis al respecto, en tanto que cada quien tiene su historia, ha recibido las improntas de la cultura y de los mitos familiares, ha vivido de un modo particular las manifestaciones de la religiosidad o la ausencia de ellas

## Definiciones

**Fe:** es la convicción o creencia de las cosas que no se ven o no se pueden probar y que suelen emparentarse con la dimensión trascendente del ser

humano, suele oponerse a los procesos racionales. Desde el punto de vista etimológico, fe viene de *pistis* (griego) y de *fides* (latín) que significan confianza, seguridad en la palabra del otro.

**Religión:** es el conjunto de preceptos, dogmas y rituales que manifiestan esa fe de un modo particular.

**Salud:** (según las Conferencias Mundiales de Salud desde Alma Ata hasta la fecha) un completo bienestar físico, mental y social.

## Desarrollo

Subrayamos la importancia del significado etimológico de fe en el sentido de confianza.

Para tratar de articular la fe (confianza) en relación con la salud, en tanto bienestar físico, mental y social vamos a apoyarnos en algunos conceptos del psicoanálisis.

Distintos autores desde Freud en adelante consideran fundamental la relación entre lo corporal y lo anímico. Para este autor esta acción recíproca no está dada solamente por los procesos afectivos sino también por los procesos de pensamiento, ambos tienen la capacidad de alterar los procesos físicos. Entendemos la esperanza como un estado de ánimo, una predisposición del espíritu que es determinante en la economía psíquica y en por ende en la física.

Conocemos las repercusiones que sobre la salud psíquica y física tienen distintos procesos sociales: las migraciones forzadas, las crisis económicas, el llamado “*burn-out*” entre los profesionales de la salud, por mencionar algunas de las causas que alteran o se oponen a la salud como un “completo bienestar físico, mental y social”. Las situaciones mencionadas tienen como común denominador el efecto traumático; en cuanto al psiquismo se refiere, se pueden manifestar como cuadros de depresión (apelando a un término genérico) manifiestos o larvados, el sostenimiento constante de una expectativa angustiada, una inclinación a la desesperanza y la aparición de una enfermedad orgánica si se mantienen estas condiciones en el tiempo. Campo de la desesperanza, de la expectativa angustiada, en caso de no haber recursos suficientes para enfrentarlas, tanto en el orden interno como en algún otro representativo que pueda resultar de apoyo auxiliar.

Donald Winnicott médico pediatra y psicoanalista inglés piensa que la salud física se sustenta en una dote biológica y en la salud emocional, proporcionada en los primeros tiempos de vida por “un medio ambiente facilitador” que asegura la simple continuidad de seguir siendo, susten-

to de una expectativa esperanzada, de una confianza básica, podríamos decir, de un sentimiento de fe. En conexión con este sentimiento de fe enraizado en los primeros tiempos de vida, la autora Julia Kristeva hace una equiparación entre creencia y crédito. Es un crédito que se otorga a otro significativo, en herencia de la dependencia inicial, “traspuesto del cuerpo materno a una instancia invisible del más allá”. Creemos que este crédito puede estar depositado en otro significativo, sea éste un sacerdote, un médico, un psicoterapeuta o algún otro semejante que se represente confiable para el afectado y se constituye en un sostén anímico y aporte cualidades balsámicas.

Crédito, confianza básica y expectativa esperanzada integran un trípode de sostén espiritual y mental de enorme valor frente a los acontecimientos desafortunados que la vida puede ofrecer, un tejido de procesos afectivos y de pensamiento que se oponen al “desánimo”, a la desesperanza, a la expectativa dominada por la angustia.

El crédito traspuesto al “más allá” puede volcarse a la práctica de alguna forma organizada de las religiones. Las prácticas religiosas pueden, a veces, operar restableciendo códigos perdidos o funciones cuidadoras insuficientes, pueden instaurar una ley paterna fracasada o diluida, el sentido de las responsabilidades de las propias acciones y si estas hubieran sido lesivas para otros, las posibilidades de reparación; también pueden auspiciar la interiorización de pautas culturales en el caso de fallas familiares y/o sociales por los motivos que fueren y ofrecer un sostén simbólico.

88

A modo de ejemplo recordamos la historia de Paul Claudel, literato y diplomático francés, hijo de una familia con una madre muy poco afectuosa y un padre débil. Un joven deprimido que en vísperas de Navidad, ante la belleza de la liturgia y el canto del *Magnificat* se convirtió a una vida llena de fe ardiente, según el mismo manifestó. La Divina Providencia abrió el corazón de un pobre niño desesperado. Esta “conversión” alejó a Paul de su desesperanza, le permitió usar sus recursos intelectuales en una gran producción literaria en la que expresa su ardiente fe en Dios y en la Iglesia Católica, y en una carrera diplomática muy exitosa. Es posible que desde otro punto de vista no haya modificado una rigidez mental severa, que lo ató a un fanatismo religioso, y a la imposibilidad de una comprensión generosa: en alianza con su madre, no permitió la externación de su hermana Camille, notable escultora, internada con diagnóstico de paranoia, a pesar de la recomendación de los médicos que consideraron que la paciente estaba en condiciones de reintegrarse a la vida familiar.

También tenemos en cuenta los efectos que algunos aspectos de las formas organizadas de las religiones pueden operar como detonantes de la angustia y provocadores del temor y del terror en sus aspectos más persecutorios, en un ejercicio del poder que detentan y que resulta alienante.

Los fanatismos religiosos, de conocidas e infaustas consecuencias, suelen ofrecer ciertos beneficios en los que están incluidos, porque al sostener un espíritu de pertenencia permiten proyectar en “los otros diferentes” aquellos contenidos intolerables e inquietantes del espíritu propio, con el consiguiente alivio para la economía mental y su relación con los procesos corporales.

Desde esta perspectiva entendemos que en muchas circunstancias, la palabra, la actitud empática de otro significativo, aunque sea del “más acá” tienen la capacidad de restablecer esta confianza básica, este crédito fundamental. Destacamos la importancia de los equipos médicos en el juego de este rol.

Deseamos destacar (brevemente) algunos temas concretos vinculados a aspectos religiosos, en los que la actuación del Comité de Bioética del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas, fue de gran utilidad. Uno de ellos ha sido la intermediación entre pacientes Testigos de Jehová, con sus exigencias de restricciones respecto de algunos tratamientos (transfusiones) y la resistencia inicial que tales condiciones suscitaban en los equipos médicos; la tarea desarrollada contribuyó a sostener el respeto del ejercicio de autonomía de los devotos de esa religión. Otra cuestión ha sostenido el comité es el pronunciamiento en contra de las actividades de “adoctrinamiento” religioso de los pacientes internados, especialmente expuestos a causa de su vulnerabilidad. Por último, mencionaremos la interacción del comité con el equipo (de filiación católica) que administra la Casa Posadas, destinada al hospedaje temporal de pacientes del hospital o sus familiares; la intervención del comité ha estado dirigida a evitar la utilización de frases de tono confesional en las notas dirigidas a los usuarios, así como a restringir la exhibición de imágenes religiosas a áreas a las que se acuda voluntariamente y de prescindir de ellas en lugares de circulación común; el fundamento de tal posición reside en la defensa de los derechos y la autonomía de pacientes y familiares en un hospital estatal y, como tal, laico.

Es de hacer notar que en el Comité de Bioética del Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas coexisten integrantes que mantienen convicciones religiosas con quienes no las tienen, en un ambiente de tolerancia apto para la discusión productiva de los temas que se plantean. Desde el año 2006 no lo integran representantes “oficiales” de instituciones religiosas.

## Conclusiones

La vulnerabilidad de cualquier persona está aumentada en las situaciones de enfermedad y es frecuente que en estas condiciones considere al médico como depositario de un lugar de cuidador, heredero de las figuras

representativas en el origen de la vida. Este lugar debe ser respetado y no eludido aun teniendo en cuenta el principio de autonomía. Aceptar este lugar de sostén sin confundirlo con el paternalismo, auspicia un vínculo de efectos cicatrizantes -no necesariamente curativos- y apunta a una mejor calidad de vida del paciente. Es necesario reflexionar entre todos los “modelos” posibles de intervención.

Remarcamos la necesidad de la consideración cuidadosa de los fanatismos religiosos, o de las posiciones contra-religiosas, o de posiciones rígidas, tanto desde el lugar del paciente como desde las respuestas de los equipos médicos ya que obstruyen la posibilidad de pensar en las necesidades del paciente y de pensar junto con el paciente en tanto semejante.

Consideramos importante la responsabilidad de los equipos médicos en la comprensión de la realidad de los pacientes en su totalidad, física, social y espiritual.

## **Bibliografía**

1. Freud. S. (1890) *El tratamiento psíquico*, en Obras completas, AE, Tomo I
2. Kristeva J. *Al comienzo Era el Amor*. Psicoanálisis y Fe. Gedisa Ed., 1986
3. Lotufo, A y Martino C. *El cincel y la pluma: historias de repetición*. Revista de Psicoanálisis, LXVI, 3, 2009
4. Winnicott, D. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Paidós, 1993

# PROMOVIENDO LA EDUCACIÓN MÉDICA CENTRADA EN EL PACIENTE PARA LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA: UNA EXPERIENCIA DE DOS DÉCADAS EN BRASIL

***Pablo González Blasco***

SOBRAMFA - Educação Médica e humanismo, Sao Paulo, Brasil

***Vitor Hugo Boso Vachi***

Toraciones Clínicas, SOBRAMFA - Educação Médica e humanismo, Sao Paulo, Brasil

***Pedro Subtil de Paula***

Reuniones de Razonamiento Clínico (RRC), SOBRAMFA - Educação Médica e humanismo, Sao Paulo, Brasil

***Lucas José de Antonio***

Facultad de Medicina Sao Camilo, Sao Paulo, Brasil

***Joao Godoy***

Facultad de Medicina de Jundiai, Sao Paulo, Brasil

91

## Atención primaria y educación médica en Brasil

La Constitución Federal de Brasil, promulgada en 1988, otorgó a todos los ciudadanos brasileños el derecho al libre acceso a los servicios de prevención y promoción de la salud. Se crea el Sistema Único de Salud (SUS), que supone la consolidación real de un esfuerzo para construir un sistema de salud que pueda responder y atender a las expectativas y necesidades de la población. Una vez establecidos los programas del SUS por los responsables de las políticas de salud, es responsabilidad del sistema docente, representado por las Universidades, dar una respuesta adecuada: preparar profesionales con capacidad de llevar a cabo, en la práctica y de modo real, lo que los programas del SUS proponen.

La respuesta académica de las instituciones educadoras en Brasil, en estos casi 30 años, ha sido variada. Mientras las políticas de salud adoptan el modelo de salud para Todos, utilizando la atención primaria y la medi-

cina familiar como base de articulación, la desproporción se deja notar en la preparación académica de los médicos que deberían protagonizar este cambio de paradigmas en la atención y promoción de la salud. El escenario está construido, pero los actores no están capacitados. No se ha priorizado, ni fomentado, la preparación adecuada -no se ha motivado a los alumnos, por decirlo de un modo directo- para la prevención y promoción en salud mediante la atención básica. Al contrario, la formación del médico continúa centrada en la enfermedad y no en el enfermo, ubicada primordialmente en la enseñanza hospitalaria, dirigiéndose a una especialización cada día más dependiente de la tecnología médica.

Enfrentamos un desafío educacional que no es pequeño. Crear un nuevo modelo de médico, con competencia para resolver el 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 independientemente de sexo, edad, condición social y de la enfermedad 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 genes; fabricar este médico implica un cambio de paradigma educacional en el ambiente académico universitario.

92

Promover la medicina centrada en el paciente, base de la atención primaria, implica construir la identidad de la medicina de familia como especialidad y su progresiva inserción universitaria como disciplina académica<sup>1,2</sup>. El prestigio de los médicos familiares que enseñen en las instituciones académicas implicaría tener una postura de hablar de igual para igual con los demás especialistas, en paralelismo de competencias, con conciencia de que poseen un cuerpo propio de conocimientos, una metodología específica que también configura sus líneas de investigación. Es necesario, más que nunca, pensar en la educación como norte que nos apunte al rumbo académico. El ejemplo de otros países que han creado sociedades de profesores de medicina de familia<sup>3</sup> como estrategia de implantación académica nos ofrece un punto de partida para esta reflexión. No se puede, hoy día, ejercer la medicina de familia en el ámbito universitario sin pensar en educación médica, uno de los pilares fundamentales de la disciplina<sup>4</sup>. Lo que en algunos países se inició hace más de 30 años como una necesidad para conquistar credibilidad y mostrar seriedad académica es actualmente condición sine qua non, un verdadero consenso. El médico familiar es un educador genuino, y prescindir de esta dimensión -por omisión, por incompetencia o por complejo de inferioridad- pondrá en riesgo no sólo el prestigio de la medicina de familia como especialidad, sino su propia identidad y su compromiso educacional.

## SOBRAMFA y la educación médica

El objetivo de SOBRAMFA<sup>5</sup>, fundada en 1992 como Sociedad Brasileira de Medicina de Familia y con su actual denominación SOBRAMFA-Educación Médica y Humanismo, es promover los principios y valores de la medicina familiar como disciplina académica, fomentar la educación médica centrada en el paciente, al tiempo que convoca a todos los liderazgos involucrados en educación médica para la reconstrucción de la dimensión humanística de la medicina, tanto en la acción práctica como en el proceso de formación universitaria<sup>6,7</sup>.

Los valores centrales de la medicina familiar pueden ser presentados de maneras variadas, y destilados a lo largo de múltiples procesos educacionales. LA medicina centrada en el paciente (y no en la enfermedad), los cuidados continuados, la dimensión humanística del médico, la atención paliativa y la habilidad para manejar el sufrimiento, la relación médico-paciente y el conocimiento integrado son aspectos que atraen a los estudiantes, pues los entienden como esenciales en su formación. Son, todos ellos, aspectos que los médicos familiares saben manejar con destreza, y en la experiencia de SOBRAMFA han sido las credenciales para ingresar en el cuerpo de profesores de diferentes facultades de medicina en Sao Paulo, Brasil<sup>8</sup>.

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 aprenden 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 de 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 les 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 le son propuestas como objetivos didácticos. El alumno tiene que aprender a ser médico y hacer lo que hará el resto de su vida<sup>9</sup>.

Es sabida y conocida la filosofía de la medicina de familia -que se orienta por los principios de educación de adultos- que quiere hacer del alumno un verdadero “socio” de los objetivos educacionales<sup>10</sup>. 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.

El contacto con la SOBRAMFA permite al estudiante un aprendizaje durante su formación en diversas áreas específicas, definido por el propio campo de actuación del médico familiar<sup>11</sup>. Así, se pueden citar, por ejemplo, como fruto de nuestra experiencia docente:

- **Contacto precoz con el paciente, al inicio de la carrera.** Es notorio que el contacto con el paciente actúa como verdadero catalizador del proceso de aprendizaje, y despierta el interés y el compromiso de cuidar. El alumno se dedica con esfuerzo nuevo y busca información relevante para el caso del paciente que está a sus cuidados, y mejora su empeño en integrar los conocimientos que adquiere en las diversas disciplinas. La persona del paciente actúa como elemento que hace convergir el aprendizaje del alumno.

- **Cuidar del paciente y de su familia,** con continuidad, a lo largo de toda la carrera de medicina es un escenario muy motivador para el alumno. De los problemas de salud que el paciente le traiga sacará impulso para el estudio y la investigación, y aprenderá técnicas de mejor relacionarse y establecer vínculos con sus enfermos. Observará cómo cuidar de las enfermedades más comunes y prevalentes y aprenderá, en la práctica, el curso habitual de las mismas.

- **Cuidado integral del paciente.** Los médicos familiares pueden enseñar a los alumnos de los primeros años de la facultad las habilidades básicas con el paciente: semiología, modos de abordar el histórico clínico, cómo realizar un examen físico dirigido, desarrollar el sentido clínico y la crítica, el manejo diagnóstico y las posibilidades terapéuticas, sin olvidar un sinfín de cuestiones de carácter ético que surgen en la práctica diaria.

- **Manejar enfermedades más prevalentes,** como molestias crónicas, y enfermedades con gran impacto sobre la morbimortalidad. Los estudiantes desarrollan, en contacto con la medicina familiar, habilidades específicas para tratar diversas enfermedades, 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 preven-

ción de enfermedades.

- **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. Ese aspecto pedagógico asume particular importancia en el contacto con los pacientes en cuidados paliativos<sup>12</sup>.

- **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.

- **Formación integral como persona**, ejercitando la ciudadanía, el interés y la dedicación social, aspectos imprescindibles para un médico familiar. De igual modo desarrolla su capacidad como persona que aprende que debe madurar continuamente para ser útil y servir a la sociedad con su profesión.

- **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.

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículo médico no son por tanto 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 una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica.

Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro<sup>13</sup>, poesía<sup>14</sup>, ópera<sup>15</sup> y artes componen el mo-

saico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa. El cine también empieza a surgir entre las publicaciones como un recurso útil en el universo de la educación médica<sup>16</sup>. La utilización del cine como metodología educacional en medicina de familia es una experiencia de resultados alentadores incorporada habitualmente por SOBRAMFA, que abre nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos<sup>17-20</sup>.

## **Dos actividades educativas cumbre en SOBRAMFA: Reuniones de razonamiento clínico (RRC) y Rotaciones para estudiantes de medicina**

De entre las muchas actividades desarrolladas con estudiantes de medicina, cabe destacar dos principales, que son el objeto del presente trabajo premiado por la Cátedra de Educación Médica de la Fundación Lilly.

### **Reuniones de razonamiento clínico (RRC)**

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

Asisten estudiantes de todos los años de carrera (desde el primero hasta el sexto), estableciéndose así una dinámica de discusión innovadora e interesante. Los médicos que coordinan la actividad van dando luz, en primer lugar, a los alumnos de los primeros años (que saben menos teoría médica, pero conservan una visión general y “vocacional” sobre el acto médico) para después ir complementando la información con alumnos de curso superiores. Es notable ver que los más antiguos también aprenden con los comentarios de los más jóvenes, al tiempo que los novatos adquieren conocimientos que les llegan en lenguaje comprensible, de sus propios colegas con más experiencia. Los resultados muestran que el éxito de estas reuniones consiste en que un médico ayude al grupo de estudiantes a preparar el caso. Y después, durante la presentación, otro médico con más experiencia (uno de los profesores de SOBRAMFA) actúe de mediador dando voz a todos los que quieran intervenir en el público. Los profesores actúan como facilitadores en la discusión, cuyo objetivo no es tanto “lle-

gar a un diagnóstico”, sino construir el razonamiento clínico de la deducción y del manejo de síndromes, integrados con la postura humanística, mediante el método centrado en el paciente<sup>21</sup>.

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

En estos 17 años, más de 1.000 estudiantes diferentes han pasado por las RRC. Algunos son actualmente médicos del cuerpo clínico de SOBRAMFA, y muchos otros mantiene contacto con nuestras actividades de formación continuada, al tiempo que actúan en sus diversas especialidades y carreras académicas.

## **Rotaciones para estudiantes de medicina**

Es una actividad eminentemente práctica en la cual el alumno acompaña durante una o dos semanas (dependiendo de su disponibilidad) a los médicos de SOBRAMFA en sus escenarios de práctica clínica<sup>22</sup>. De este modo, la actuación en el hospital (clínica médica, cuidados paliativos, pacientes crónicos con múltiples molestias), los residenciales geriátricos, las visitas domiciliarias, y los ambulatorios de continuidad de cuidados permiten al alumno conocer e incorporar la perspectiva del hacer médico que tiene como principio básico una medicina centrada en la persona y no en la enfermedad. Ser médico es algo que se aprende en la práctica. La importancia del conocimiento teórico y científico conseguido en la facultad de medicina no dispensa las vivencias que se adquieren en la práctica real de la medicina, en lo cotidiano de la acción médica. Como resultado del programa los alumnos obtienen motivaciones reales -¡algo que han visto y vivido!- para aplicarse con mayor dedicación a los estudios en la Universidad, al tiempo que ganan criterio para seleccionar, con autodidactismo, las informaciones que serán relevantes para su práctica médica futura.

El programa de Rotaciones tiene más de 10 años de funcionamiento, ha recibido casi 200 alumnos de 40 facultades de medicina diferentes (en Brasil hay cerca de 280 facultades de medicina distribuidas por todo el territorio nacional). Este programa de Rotaciones tiene su equivalente internacional para alumnos extranjeros<sup>23</sup>.

## ¿Qué aprenden los estudiantes? Análisis cualitativo de las evaluaciones

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

*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.*

Poder entrar en contacto con el enfermo al principio de la carrera es enriquecedor. La mayoría de los estudiantes solo tienen esa oportunidad cuando están en quinto o sexto. Pero todo lo referente a cómo relacionarse con el paciente se puede aprender antes, ganamos tiempo, mantenemos el foco en lo que interesa, no nos distraemos después con la técnica. Funciona como una vacuna contra el exceso de tecnología.

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

Las RRC me ayudaron a estructurar mi pensamiento como futuro médico, sabiendo que lo que tengo delante no es solo una enfermedad, sino una historia de vida que es necesario entender y que se encuentra detrás de los síntomas que nos refieren. LA formación en la facultad deja una laguna enorme en este campo: es algo que se extiende más lejos que la fisiopatología, diagnóstico y tratamiento; algo que exige la reflexión de los que participamos para tener en cuenta no sólo la enfermedad, sino el individuo que la sufre, la familia que le acompaña, y el sinfín de variaciones que se juntan.

La sensación inicial cuando fui a presentar es que podía decir algo inconveniente. Pero rápidamente descubrí que todo, las dudas y las afirmaciones, eran importantes para enriquecer la discusión. Y después, cuando veo otro colega presentando, veo que lo hace también con naturalidad: dice lo que sabe, pregunta lo que no sabe, y la actitud de los profesores es la de hacer confluir la discusión para una lógica clínica que ayude al enfermo. El paciente es el punto de convergencia de la RRC: eso es lo que las hace tan peculiares. (...) Los temas son siempre interesantes, intrigantes, desafiantes, y juntan diversos asuntos que nos obliga a relacionar los contenidos de las diversas especialidades. Es el aprendizaje de una medi-

cina integral, enfocada en el paciente. Los profesores nos estimulan para que participemos, son reuniones muy interactivas. Nos sentimos siempre bien acogidos.

*Se aprende la importancia de una comunicación eficaz, que es imprescindible para poder cuidar.*

Aprendí a conversar con el paciente, a hacerle ver que estoy escuchando. A ser todo oídos para lo que el enfermo y la familia tienen que contarme. Eso ayuda de algún modo a colocarse en su lugar, a mejorar la empatía. Y eso te permite abordar temas que son clínicamente difíciles, como los cuidados paliativos, el sufrimiento, el control de síntomas, la vida que se acaba. Porque en el fondo, para hablar de todo esto, hay que escuchar primero, conquistar la confianza para que entiendan que esto ahí para cuidarlos en todo lo que me sea posible.

Es desafiante la práctica de esta medicina integral. Lugares diferentes de actuación, desde el ambulatorio al hospital, pasando por el domicilio del enfermo o la residencia de ancianos, o el hospital de paliativos. Un desafío que exige comunicación cuando el profesional se preocupa con el enfermo como persona.

Algo necesario para cualquier alumno de medicina que quiere ser buen médico y construirse como persona. Cuidar no significa pedir exámenes de laboratorio, y hacer prescripciones. Cuidar implica aprender a escuchar al paciente, estar atento a sus deseos, sus sueños, y saber conversar con la familia.

*Se fomenta una relación profesor-alumno eficaz, que facilita el aprendizaje y transmite confianza para que el estudiante se desarrolle profesionalmente.*

Estando en cuarto de medicina, me sentía un poco inseguro para presentar en la RRC. Había médicos mayores, otros estudiantes, en fin, algo que nunca había hecho antes. Pero el Dr. X (del cuerpo clínico de SOBRAM-FA) me tranquilizó, em dijo que lo hicira con naturalidad, sin rebuscamientos. Los médicos se mostraron acogedores, y el ambiente que se crea en estas reuniones te hace sentirte en tu casa. Vi como surgían dudas -no solo las mías, sino la de compañeros de años inferiores- y como preguntaban sin recelo. Una apertura total, donde todos participaban. No se parecía en nada a las presentaciones monótonas y ritualistas que nos obligan a hacer en la Universidad. Más parecía una reunión clínica donde todos están interesados en ayudar al enfermo y no es mostrar cuánto saben... En fin, algo que recomiendo a todos. Una experiencia única.

Estoy nervioso. ¿Y si me equivoco el a presentación? Los colegas y el profesor me recomiendan calma. Veo como el ambiente me ayuda, mientras

paso las diapositivas y expongo mis propias dudas. Veo sonrisas de aprobación en el público. Al final, es como si estuviera hablando conmigo delante de un espejo. ¡Me sentí comfortable con la actitud de todos!

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

*El aprendizaje integral e humanista para una buena gestión clínica es parte imprescindible en la excelencia de un médico familiar.*

Me gustaron mucho los locales de actuación en las rotaciones, y los médicos. Son diferentes, los unos y los otros. Pero se aprende con todos, y se aprenden cosas diferentes, y como cada médico responde con sus peculiaridades. Una enseñanza de valor. Creatividad y humanismo andan juntos. Y cada uno es como es, y puede ser un buen médico.

100

Aprendizaje es la palabra clave. Un verdadero abanico de experiencias esenciales para formar un médico humano, y el ejercicio de una medicina humanística en la práctica diaria. La facultad nos certifica como médicos, pero no nos enseña cómo se vive el humanismo médico en la práctica. Poder vivenciar la alegría y el sufrimiento de los pacientes, tener al lado un médico-profesor que sabe manejar esas situaciones con serenidad y creatividad es algo que no se aprende en las clases de la facultad.

*Se 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.*

La rotación fue como un despertar, recuperar el brillo de la medicina con que siempre he soñado. Confirmé mi amor por la profesión que escogí. (...)Esto es un proyecto académico, profesional, y para tu vida. Los frutos llegarán en corto, medio y largo plazo. Es necesario permitirse esta experiencia para verlos llegar.

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

Los resultados de estas evaluaciones muestran cómo es posible desarrollar un modelo en el cual estudiantes de varias facultades de medicina diferentes se congregan en RRC<sup>24</sup>, atienden enfermos, y aprenden la metodología de la medicina centrada en el paciente, al tiempo que reflexionan con sus pares sobre las propias experiencias educacionales y se instruyen en lo que denominamos ejercicio filosófico de la profesión<sup>25</sup>. Una postura que los anglófonos llaman Reflective Practitioners<sup>1</sup>, despiertan 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.

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 medicina suficiente. No obstante, debemos reconocer que sabe lo que es una persona -posiblemente ese es el motivo que le llevó a querer ser médico- y ese punto de partida es suficiente para colocarlo en contacto con el paciente.

Cada uno atiende al enfermo dentro de sus conocimientos, y los estudiantes de años superiores y los médicos supervisores (del cuerpo clínico de SOBRAMFA) complementan la exploración clínica, al 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 de 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. Los más jóvenes observan a los veteranos cuando atienden al paciente.

Y cuando son ellos, los de 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 de la natural carencia de conocimientos técnicos. Después habrá tiempo de suprimirlos. 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.

## **Resultados de un aprendizaje: la fuerza del ejemplo docente**

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 confianza, 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 en el que los alumnos puedan colaborar para mejorar el sistema educativo.

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.

El contacto con el paciente es un catalizador del aprendizaje y, despertado el interés por el compromiso de cuidar, el alumno asume nuevos esfuerzos en la búsqueda de información relativa al caso del paciente, y mejora en su empeño por integrar los conocimientos que adquiere en las diversas asignaturas. La figura del paciente actúa como elemento de convergencia del aprendizaje en el alumno, y aquí se demuestra la importancia de proyectos como el descrito en estas experiencias<sup>26</sup>. 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, que son enfermedades prevalentes, lo que es prevención, el manejo de esas molestias; en fin, una epidemiología práctica, clínica, que es la acción propia del médico de familia en funciones.

Practicar la medicina centrada en el enfermo, con dedicación total, es uno de los aspectos esenciales que el estudiante de medicina tiene que

aprender y grabar en el alma, durante los años de formación. Las acciones educacionales deben tener un sentido transparente y realista para atraer al alumno<sup>27</sup>. 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<sup>28,29</sup>.

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 doctores 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 medicina. 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.

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 solo la evaluación, sino el mismo aprendizaje de otras dimensiones que son esenciales para la buena práctica 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”<sup>30</sup>. 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 le mira a los ojos, y después ele

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 sistemáticas ni integradas- es una caricatura de humanismo, que desmotiva aún más<sup>31</sup>. Es -nunca mejor dicho- peor el remedio que la enfermedad.

Aunque las experiencias descritas son un importante apoyo de SOBRAMFA al esfuerzo realizado por las facultades de medicina de Brasil en promover médicos generalistas y médicos familiares<sup>32</sup>, la colaboración prestada al universo de la educación médica es mucho más amplia. Las experiencias de SOBRAMFA en la actividad docente universitaria nos conducen a una conclusión que, a modo de consejo, se podría ofrecer a los médicos de familia que sienten inclinación por la docencia. Lo más importante es aprovechar la oportunidad e incorporarse a la enseñanza, sin preocuparse de 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 uno de los valores que se viven en medicina familiar. Cuando años atrás empezábamos nuestros proyectos piloto de docencia en las Universidades, los primeros resultados ya se mostraban alentadores<sup>33</sup>. 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”<sup>34</sup>. Esa es la mejor colaboración que, como médicos de familia, podemos ofrecer para formar las futuras generaciones de médicos.

104

## **A modo de conclusión: una educación médica humanística centrada en el paciente**

Estas consideraciones no son algo nuevo. A mitad del siglo pasado, Gregorio Marañón -paradigma de arte y ciencia, infelizmente poco leído cuando no desconocido hoy en día entre los galenos españoles, particularmente entre los jóvenes profesionales- nos advertía del peligro que entraña la búsqueda de un diagnóstico con herramientas puramente técnicas sin tener en cuenta las circunstancias del enfermo. “Este sistema del diagnóstico puro, deducido casi exclusivamente de los datos analíticos, deshumanizado, independiente e la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el fundamental error del olvido de la personali-

dad, la cual cuenta tanto como las mismas etiologías para lo que le va a suceder al enfermo y para lo que nosotros podemos hacer para aliviarle<sup>35</sup>. Sin conocer al enfermo, sin escucharle con atención, sin interesarse de verdad por él, difícilmente se sabe lo que le hace padecer, y casi nunca se consigue curarlo.

Humanismo es, pues, fuente de conocimientos que el médico utiliza para su profesión. Conocimientos tan importantes -ni más, ni menos- como los adquiridos por otros caminos que le auxilian en el deseo de cuidar del ser humano que está enfermo<sup>36</sup>. Son recorridos diferentes que encuentran en la persona -terreno propio del actuar médico- su meta común, y permiten, con la mutua convivencia presidida por el respeto, unión de fuerzas, sinergia en la voluntad activa de curar. El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante: es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología<sup>2,37</sup>.

Cuando invocamos a la medicina como arte, reconocemos de un modo claro que cada paciente es único, diferente, y requiere por tanto un tratamiento peculiar. No solo desde la perspectiva de la enfermedad que le acomete (disease, en inglés), sino teniendo en cuenta el modo como esa patología “se encarna y concretiza” en ese enfermo (esto es illness, en inglés, estar enfermo)<sup>38</sup>. El enfermo no se agota en la enfermedad. Estar enfermo es una condición que será vivenciada de acuerdo con el modo de ser -en el sentido metafísico, ontológico- de quien es afectado por la molestia. Por eso la enfermedad se nos presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo “a su modo”, de acuerdo con su ser personal. Es necesario al médico un correcto equilibrio, una perspectiva bifocal, que consiga unir en artística simbiosis la atención a la enfermedad -con toda la evolución técnica- y al paciente que se siente enfermo -con la comprensión vital que eso requiere-. Esto es, en la práctica, actuación médica centrada en la persona, la más apurada síntesis del médico que practica ciencia y arte simultáneamente. Es un médico, verdaderamente, de amplio espectro. Una propuesta de un nuevo modelo de humanismo médico, que resulte de la armonía que combina en perfecta sintonía la ciencia de una medicina moderna con el arte de los cuidados, que implica entender al enfermo como persona, centrarse en el paciente y no en la enfermedad<sup>39</sup>.

La reflexión que nos ocupa es, sin duda, de carácter fenomenológico y vital. No se puede medir cualitativamente, pues se refiere a la actitud del médico, al interés. A la silla -como decía Marañón- que es el instrumento por antonomasia humanizante de la acción médica. Cuando el médico se sienta y le pregunta al enfermo, le está comunicando con su actitud que tiene todo el tiempo del mundo para oírle. Hoy tenemos computadores,

técnicas sofisticadas -todo ello muy importante-, pero nos faltan sillas o, lo que es peor, hemos perdido el gusto por sentarnos junto al paciente.

Todo modelo educacional innovador, como el descrito en estas líneas, lleva consigo la vertiente de crítica a otros que no están funcionando a contento. Sirvan las palabras de Marañón para poner punto final a estas consideraciones que, aun con crítica constructiva, podrían calificarse como pesimistas, aunque están saturadas de esperanza por un mundo mejor. “Sentiría mucho que alguien dedujese de lo dicho que soy irrespetuoso con la Medicina y que soy pesimista sobre su presente y su porvenir. Yo respeto la Medicina porque la amo; y es el amor la fuente suprema del culto, en lo humano como en lo divino. Pero el amor es también, o debe ser también, crítica. Solo cuando desmenuzamos en el objeto amado cuanto tiene de deleznable, acertamos a encontrar, allá en el fondo, lo que tiene de imperecedero. El que habla valientemente de los efectos de su patria es el mejor patriota, y el que extrema las censuras justas a su profesión ese es el que la sirve con toda plenitud<sup>35</sup>.

## Bibliografía

1. McWhinney. *A textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press; 1997.
2. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Principios da Medicina de Familia*. Sao Paulo: Sobramfa; 2003.
3. Society of Teachers of Family Medicine (STFM). (consultado 1 Mar 2017). Disponible en: [www.stfm.org](http://www.stfm.org)
4. González Blasco P. *Los cuatro pilares de la medicina de familia*. Arch Med Fam. 2004; 6:31-3.
5. SOBRAMFA. *Educação Médica e Humanismo*. (consultado 1 Mar 2017). Disponible en: [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br)
6. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, et al. *Family medicine education in Brazil: Challenges, opportunities and innovation*. Acad Med. 2008; 83:684-90.
7. 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.
8. Blasco PG, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Moreto G, Levites MR, Benedetto MAC, et al. *La experiencia de Sobramfa: médicos familiares como profesores de seis facultades de medicina en Sao Paulo Brasil*. Aten Fam. 2012; 19:106-9.
9. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. *Accompanying physicians in their family practice: A primary care model for medical students' learning in Brazil*. Fam Med. 2006; 38:619-21.

10. Rubenstein W, Talbot Y. *Medical teaching in ambulatory care*. New York: Springer Publishing Company;1992.
11. 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; 9:1-16.
12. Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. *Teaching paliative care to residents and medical students*. Fam Med. 2010; 42:580-2.
13. Shapiro J. *Literature and the arts in medical education*. Fam Med. 2000; 32:157-8.
14. Whitman N. *A poet confronts his own mortality: What a poet can teach medical students and teacher*. Fam Med. 2000; 32:673-4.
15. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. *Teaching humanities through opera: Leading medical students to reflective attitudes*. Fam Me. 2005; 37:18-20.
16. Alexander M, Lenahan P, Pavlov A. *Cinemeducation: A comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
17. Blasco PG. *Literature and movies for medical students*. Fam Med. 2001; 33:426-8.
18. Blasco PG. *Medicina de familia 8: cinema: Recursos humanísticos na educação médica*. Sao Paulo: Ed. Casa do Psicólogo; 2002.
19. Blasco PG. *Humanizando a medicina: Uma metodologia com o cinema*. Sao Paulo: Centro Universitario Sao Camilo; 2011.
20. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. *Using movie clips to Foster leamer 's reflection: Improving education in the affective domain*. Fam Med. 2006; 94-6.
21. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, McWhinney IR, Freeman TR. *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. California: Sage Publications, Inc; 1995.
22. SOBRAMFA. *Educação Médica e Humanismo. Estágio para estudantes de medicina*. (consultado 1 Mar 2017) Disponible en: <http://sobramfa.com.br//stagio-para-estudantes-de-medicina/>
23. SOBRAMFA. *Educação Médica e Humanismo. Programa de Relaciones Internacionales (IFP)* (consultado 1Mar 2017). Disponible en: <http://sobramfa.com.br/esp/rotacion/>
24. Prats JAGG, Levites MR, Murano ML, Fernandes EP, Moreto G. *Opinión de un grupo de estudiantes de Medicina sobre la importancia de la discusión de casos clínicos como técnica didáctica*. Aten Fam. 2011; 18:56-8.
25. Decout LV. *William Osler na intimidade de seu pensamento*. Revista do Incor. 2000.
26. Roncoletta AFT. *A medicina de familia como recurso educacional na Gra-duação Médica*. En: Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG,

Leoto RF, editores. Principios da medicina de familia. Sao Paulo: Sobramfa; 2003.

27. Jordan J, Belle Brown J, Russell G. *Choosing family medicine. What influences medical students?* Can Fam Physician. 2003; 49:1131-7.

28. Janaudis MA, Levites MR, Roncoletta AFT, García DSO, Moreto G, Benedetto MAC, et al. *Academic Family Medicine in Brazil. GP-Miles: The Brazilian approach to make medical students enthusiastic for Family Medicine.* Primary Care. 2009; 9:280-1.

29. Blasco PG, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA. *Family Medicine Miles Programme: Getting students involved where there is no family medicine in Medical School.* The world book of family medicine, 1, 1ª ed. Ljubijana: Narodna in univerzitetna knjznica; 2015, p.178-80.

30. Batalden P. *What System?* Darmouth Medicine. 2006; 30:28-35.

31. Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V. *Humanismo em Medicina, 100.* Sao Paulo: SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo; 2015. P. 437.

32. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. *Formando médicos para a medicina de familia e comunidade.* Bioética. 2007; 15:27-36.

33. Blasco PG, Roncoletta AFT, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR. *Impacto de la medicina de familia en la Facultad de Medicina: análisis cualitativo de una experiencia.* Tribuna Docente On Line. 2006; 8:1-8.

34. Palmer PJ. *The courage to teach.* S. Francisco: Jossey-Bass;1998.

35. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid: Espasa Calpe; 1954.

36. Blasco PG. *O médico de familia hoje.* Sao Paulo: Sobramfa;1997.

37. González Blasco P. *De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia.* Aten Primaria. 2004; 34:313-7.

38. 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.

39. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados.* Aten Primaria. 2006; 38:225-9.

Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 23/11/2017.

# ¿CÓMO ENSEÑAR BIOÉTICA EN EL PREGRADO? REFLEXIONES SOBRE EXPERIENCIAS DOCENTES

***Pablo González Blasco***

Sociedade Brasileira de Medicina de Família, Brasil

***Marta Serrano Días De Otálora***

Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

***Jane Pastushenko***

Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

***Rogelio Altisent Trota***

Bioética, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

109

## Una necesidad y una pregunta

La bioética se ha convertido en una disciplina del máximo interés para las profesiones sanitarias. Desde hace unos años, en España se vienen desarrollando programas de posgrado y, más recientemente, la bioética se está incorporando a los currículos de pregrado. De igual modo, es creciente la demanda docente en la formación continuada de médicos y otros profesionales en el ámbito de las instituciones sanitarias y de los comités de ética. Los nuevos planes de estudios universitarios que se están diseñando para la universidad europea requieren una reflexión conjunta de profesores y alumnos ante una materia docente con perfiles de disciplina humanística, vinculada a la ética aplicada y que se aparta, por lo tanto, de los esquemas clásicos del modelo biomédico.

Aun siendo casi un consenso internacional incorporar la bioética en la formación del médico, la pregunta clave que se refiere al modo concreto de hacerlo permanece sin respuesta. No se discute la importancia de la bioética, sino cómo es posible enseñarla. Y, en particular, cómo se enseña la bioética que hay que vivir en el día a día, para que la acción médica esté integrada de esa dimensión esencial que hace del médico un profesional humanista.

Con el objetivo de compartir las experiencias docentes en este tema, tanto de aprendizaje como de evaluación, se organizó, por segundo año consecutivo, el curso de verano de la Universidad de Zaragoza “La enseñanza de la bioética en la universidad y en las instituciones” (Jaca, septiembre de 2007). Resultó un foro académico de discusión científica, con la presencia de profesores de bioética, estudiantes de medicina, miembros de comités de ética sanitaria, grupos de investigación de bioética y profesores internacionales invitados. La participación interactiva de ponentes, coordinadores y otros enriqueció la actividad. Los estudiantes de medicina y residentes, que totalizaban casi la mitad de la audiencia, contribuyeron de modo esencial al colocar los dilemas éticos a los que se enfrentan en el propio aprendizaje de la ciencia médica y de la práctica clínica.

El presente artículo recoge los temas principales abordados en este foro anual de discusión, destacando las cuestiones candentes y apuntando posibles soluciones para los dilemas en el aprendizaje de la bioética.

## Centrando los cuestionamientos

La preocupación por la formación en bioética no es teórica. De hecho, en posgrado se cuentan más de diez cursos de especialización (másters) de calidad innegable en España.

Están preparándose profesores de la materia, y hay investigadores y docentes dedicados al tema. La seriedad de los cursos y la competencia de los posgraduados se deja notar. Pero el hecho de que haya especialistas en el tema no es suficiente, aunque sea completamente necesaria, para garantizar una educación continuada y práctica en bioética a los profesionales de sanidad, especialmente a los estudiantes de medicina y médicos.

Como en cualquier área del saber, el problema es hacer de ese saber algo transitivo, que alcance justamente a los que, no siendo especialistas, necesitan de esos conocimientos. La cuestión, pues, no es tanto cómo aprender bioética y especializarse, sino cómo enseñarla. Cómo adaptar la ciencia a los interrogantes que la vida de médico -o de estudiante de medicina- nos coloca diariamente.

¿Por qué esta dificultad práctica?, podríamos preguntarnos. ¿Quizá porque los especialistas en bioética se encierran en su mundo investigativo e ignoran los dilemas cotidianos, tal vez “de poca monta”, pero que son los que producen perplejidad al joven médico? Alguien comentaba la inutilidad de analizar la ética del fin de la vida -eutanasia y variaciones sobre el tema- si no se comenta, de modo franco, la ética de la vida, de los “buenos días”, del “saber sonreír”, de cómo “conquistar la confianza del enfermo”. Restringir la enseñanza de la bioética a los casos difíciles, que

raramente se presentan en la vida del médico común, es desperdiciar la oportunidad de aprender la ética “de a pie”, de los cotidiano. Esa ética, que se mezcla con la decisión clínica, con la opción terapéutica, con el trato afable con el enfermo y su familia, es la que resulta verdaderamente atractiva -¡y necesaria!- para los médicos y estudiantes en formación.

De la falta de encaje de la bioética en el pregrado no se puede culpar solamente a los profesores de la materia. De hecho, se va introduciendo en algunos currículos la disciplina, en pocos como materia obligatoria, en la mayoría como optativa. Existe espacio, pues, para el aprendizaje, pero el problema no está resuelto. Habría que preguntar qué es lo que los profesores, el claustro académico, la universidad piensan de hecho sobre la necesidad de la bioética. Y sobre todo, qué es lo que esperan de ese aprendizaje.

En cuanto la bioética sea una disciplina que corre paralela al resto de la ciencia médica, viviremos la frustración de formar médicos sin conocimiento ético, médicos por la mitad. Se le podrá dedicar más tiempo a la asignatura, hacerla obligatoria, pero no dejará de ser algo yuxtapuesto si no se encuentra el modo de que permee capilarmente toda la formación médica. Habría que, de algún modo, impregnar la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuo, práctico, accesible y, muy importante, atrayente.

Y en este punto justo es examinar de nuevo la actitud de los profesores expertos en bioética. Además de pleitear por ese espacio necesario -más que en cantidad, en continuidad y presencia constante, como el condimento que da sabor al alimento-, habrá que reflexionar sobre el contenido y las metodologías docentes -qué se enseña y cómo se enseña-, sobre las evaluaciones que cualquier estrategia docente exige, y sobre la investigación y las publicaciones, que tornan públicos los resultados.

Todas estas reflexiones, resumen de variadas colocaciones en el foro, acaban cuajando en una pregunta de difícil respuesta: ¿quién va a ser el profesor de bioética en la universidad? Imaginemos que se resuelven todos los otros cuestionamientos y que se facilita la enseñanza longitudinal, permanente, “a modo de condimento”, de la bioética, con la aceptación plena de la universidad y el reconocimiento de su importancia. Resta la pregunta clave: ¿quién va a enseñar la disciplina, cómo lo va a hacer y en qué momento, cómo va a demostrar la eficacia y lo imprescindible de la materia? Son, todas, preguntas que exigen reflexión. Para ocupar un espacio -que todavía hay que conquistar- hay que estar seguro de poder gestionarlo eficazmente. Volveremos sobre este punto después.

## El médico humanista y la bioética personalista

La participación activa de los estudiantes en el desarrollo del foro condujo la discusión al interesante campo del humanismo médico, que alía ciencia y arte para mejor cuidar del enfermo. Esas son, y no otras, las dudas prácticas -cómo hacer lo mejor- con que el estudiante se topa con frecuencia. Eso es, en resumen, lo que de verdad le preocupa y que el profesor debe tener en cuenta si quiere ayudarle.

La enfermedad no existe por sí sola; aparece, siempre, encarnada en alguien, y se reviste de la personalidad de aquel a quien acomete. Aunque la enfermedad sea la misma, cada uno enferma a su modo. Eso es algo que la experiencia clínica confirma. Y la misma experiencia nos enseña que tan importante como conocer la enfermedad es conocer a la persona que la padece, para poder cuidar de ella con competencia. Ese es el primer fundamento de un humanismo médico real, que incorpora una postura antropológica que sirve de base para las acciones médicas, que se componen de los elementos clínicos y del necesario condimento ético. Estas afirmaciones que son obvias se olvidan en la práctica, y por no hacerlas explícitas se deja de enseñarlas... y de aprender.

Es fácil observar entre los estudiantes y jóvenes profesionales una curiosa convivencia de conocimientos técnicos apurados con una falta total de postura humanística, por faltar la formación antropológica necesaria para integrar estos conocimientos en su conjunto. Si en otras épocas esta deficiencia podría interpretarse como falta de honestidad, hoy resulta más por ignorancia (por no saber cómo hacerlo, porque nadie se lo ha enseñado en la práctica) que por maldad. Quizá tengamos que admitir que hoy se torna necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que en épocas pasadas el médico que no era humanista (que no entendía al enfermo, y no se hacía entender por él) no tenía posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tanta y tan abundante, que no es difícil camuflarse con ella, para suplir las deficiencias humanas.

Saber entender al enfermo en toda su dimensión humana, y no sólo sectorialmente -el desarreglo fisiológico que la técnica consigue medir- es el desafío principal que se coloca hoy 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. Esta es la construcción de un nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita<sup>1</sup>. Y para llegar a esto, no son suficientes algunos consejos dados con buena voluntad y un par de libros que se recomiendan al estudiante desorientado y perplejo con los dilemas éticos. La construcción de este humanismo es fruto del estudio, la reflexión y una inversión en la cultura,

en dosis regulares y constantes, que permiten el “rearme ético” que los estudiosos de la bioética proponen hoy como urgente necesidad.

Enseñar bioética hoy implica el desafío de promover una verdadera reconstrucción filosófica “que eso es la postura antropológica” del médico. Y construir así profesionales “bifocales”, que son capaces de cuidar a sus pacientes con competencia profesional, técnica y ética, en armonía, aprovechando lo mejor que el progreso ofrece, para atenderlos en sus creencias fisiológicas y humanas<sup>2</sup>.

Enseñar bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que está estipulado, para hacer por el enfermo todo lo que es posible. AL bioética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para mejor desempeñar la función de médico. “El deber que se nos exige es sólo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Maraón<sup>3</sup>.

Este es el modelo de la ética personalista que conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, da énfasis a la persona. Considera el caso personal -que tiene un nombre concreto, el de ese paciente- con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, busca hacer siempre lo mejor sin contentarse con lo que se encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente, no en la enfermedad, que es la acción propia del médico humanista.

113

Este modelo, que nos atrevemos a denominar de ética vitalista, depende del sujeto, del médico que actúa en la práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas, haciendo de la ética algo personal que incide en el modo de cuidar del enfermo. No se guía apenas por no cometer infracciones, sino por el deseo de ayudar lo mejor. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “bien hacer médico”<sup>4</sup>. Enseñar bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata de construir códigos de conducta, sino de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar las decisiones que deben tomar<sup>5</sup>.

Es evidente la creatividad -y la gran responsabilidad- que la bioética personalista entraña. Requiere del sujeto que la practica prudencia, ponderación, verdadera sabiduría. Y en el fondo, éste es el único medio de responder a los cuestionamientos prácticos que la vida le coloca en lo cotidiano. En acertada analogía, Ortega y Gasset compara a la persona -la personalidad en formación- con una esfera, inicialmente hueca. El hombre recibe de la sociedad la parte exterior: las ideas comunes, los impulsos de conducta, las preferencias y repulsas comunes a la sociedad. Pero es necesario que su intimidad -el interior de la esfera- vaya engordándose con actitudes morales que nacen de su interior. Esto es lo valioso, lo que constru-

ye al hombre superior. Son los criterios decisivos (intelectuales y morales) los que hacen de quien los posee -de verdad, como cosa propia y no como adrezo- una verdadera persona moral. Y concluye el filósofo: “el que sólo posee el repertorio de modos recibidos sólo funcionará con corrección en las situaciones habituales previstas por ese repertorio. Colocado en una circunstancia nueva y no sabrá qué hacer, su reacción será torpe, porque no puede recurrir al fondo creador de sus criterios propios”<sup>6</sup>.

No es temerario concluir que la bioética personalista exige un compromiso del médico que la abraza como modelo, porque depende directamente de un modelo de vida virtuoso que rige toda la actuación profesional. Difícilmente sabrá decidir con sabiduría quien no se esfuerce por ser virtuoso, pues la sabiduría es ciencia del corazón y no sencilla teoría. Es verdad que se puede actuar correctamente, observando los principios éticos y deontológicos, sin querer ir más lejos. Pero esta postura “aséptica” encierra la peor de las virulencias: la omisión, “dejar de hacer todo el bien que se podría hacer”. Para quien tiene el privilegio de trabajar con la vida humana, la omisión puede ser la peor de las faltas.

## **La educación de la efectividad: un camino para la bioética**

114

La bioética personalista requiere creatividad y compromiso por parte del docente para ser enseñada. Si quiere ser una respuesta a los cuestionamientos éticos de los estudiantes, es necesario conocerlos, entenderlos, para poder formarlos. Comprometerse, pues, con los estudiantes. Y en este punto, las emociones, la afectividad -lo que nos afecta- son una pista necesaria para un buen aprendizaje. Y aquí se requiere creatividad para abordar nuevos paradigmas de enseñanza, aunque esto nos haga entrar en terrenos desconocidos.

Nuevamente Ortega nos advierte de que “el hombre hace la técnica, pero el hombre le hace el entusiasmo. Si el brazo mueve a su extremo el utensilio, no se olvide que, puesto a su otro extremo, mueve el brazo un corazón”. No hay como prescindir de las emociones, del entusiasmo, de la afectividad que nos motiva<sup>7</sup>.

La afectividad tiene una estrecha relación con la vida virtuosa que se espera del médico humanista que practica la bioética personalista. “Las virtudes -dice un estudiosos del tema- son disposiciones no sólo para actuar de manera particular, sino para sentir de manera particular. Actuar virtuosamente no es actuar contra la inclinación; sino actuar a partir de la inclinación formada por el cultivo de las virtudes. La educación moral es una education sentimentale”<sup>8</sup>.

La dimensión afectiva -educación de las emociones- se presenta parti-

cularmente destacada en estos días, 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.

Educar a través de las artes, educación estética, no es pretender anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que se pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar técnica, incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se puede adquirir virtudes, mudar las actitudes sin hacerlo. 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”, lo que nos afecta, para después zambullirse en la construcción de valores que además de bonitos sean verdaderos<sup>9</sup>.

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del estudiante: la imagen o, como se define acertadamente, “una cultura del espectáculo”<sup>10</sup>. 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 sólo en lo que a educación se refiere, sino en el propio modo de ver -casi diríamos de sentir- la vida. En la “cultura del espectáculo” lo sensorial se potencia porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto” y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las respuestas racionales -“estoy de acuerdo o no”- se ven sustituidas por “me gusta o no”, que son respuestas emotivas que la imagen despierta.

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 elementos de motivación inseridos en una cultura moderna.

Pero toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no nos dejará el sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo es posible construir conocimiento sobre la natural oscilación afectiva? Recurriendo a los clásicos, recordemos que Platón consideraba como finalidad de la educación enseñar a desear lo que tiene que ser deseado. Aristóteles también habla de educar el deseo. Y aquí surge otro desafío: educar el deseo, mostrar los caminos por que el deseo se eduque, como si fuera una formación del paladar afectivo, para aprender a que guste lo que es bueno. Enseñar la verdadera sabiduría, como bien definía Bernardo de Claraval: “sabio es aquel a quien las cosas saben como realmente son”.

Todo este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no se siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo -y la reflexión sobre lo que se siente, lo que se gusta, en fin, sobre las emociones- vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es, de nuevo, una verdadera educación sentimental<sup>11</sup>.

El concepto que se reviste e imagen y de emoción decanta en contar historias. Es una cultura del espectáculo -saturada de imágenes, emoción e intuición- lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo, que se traduce en imágenes. Un terreno fértil que nos recuerda que el aprendizaje de la ética, en tiempos antiguos, se hacía contando historias, de forma narrativa. Los valores humanos -en las gestas griegas, en los relatos bíblicos, en los clásicos- están disueltos en historias. Y esto nos abre la puerta -¡necesaria!- para la colaboración que las humanidades brindan en la enseñanza de la ética.

Las humanidades, cuando están incorporadas en el proceso formativo académico, surgen como importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. Es ésta una dimensión profesional imprescindible por ser, justamente, la que el paciente mejor nota, y en lo que hace recaer sus requerimientos. El paciente quiere, sobre todo, un médico educado, esto es, alguien que no tenga sólo conocimientos técnicos, sino que sea capaz de entenderle como un ser humano que tiene sentimientos, que busca una explicación para su enfermedad, y requiere amparo en su sufrimiento<sup>12</sup>. Para trabajar 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.

La búsqueda metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concreta en iniciativas variadas que integran las humanidades en el proceso de educación académica. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente -un

verdadero ejercicio filosófico de la profesión- es una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura, teatro<sup>13,14</sup>, poesía<sup>15</sup> y ópera<sup>16</sup> componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa.

El cine, que ha sido utilizado habitualmente en este foro académico de discusión, es recurso útil en el universo de la educación médica<sup>17-19</sup>. El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura del espectáculo. Provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión abierta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

## **Evaluando los resultados: metodología de investigación cualitativa**

Enseñar bioética, promover actitudes, despertar virtudes, envolver la emoción y el entusiasmo para hacer por el enfermo lo que de mejor se pueda. Un proceso que debe ser evaluado para medir su eficacia. Una evaluación que, evidentemente, no puede ser realizada mediante las medidas normales de la ciencia médica, que se apoya en parámetros cuantitativos y estadísticos.

117

Esta necesidad -de evaluar con herramientas proporcionales y adecuadas al proceso- trae al foro académico de discusión la realidad de la investigación cualitativa, como recurso posible de evaluación de este proceso de formación del profesional consciente capaz de tomar las decisiones correctas<sup>3</sup>.

La cuestión que se va a investigar -afirma un estudioso de la metodología cualitativa- es lo que determina la metodología que se deberá utilizar. El éxito de la investigación depende de este ajuste entre lo que se quiere investigar y la perspectiva metodológica que se aplique para construir el conocimiento<sup>20</sup>. Cuando el objeto de la investigación se sitúa en el contexto de la educación médica, y supone experiencias que miden actitudes, valores y afectividad, los datos surgirán en forma de vivencias, tendrán sus propios significados, en corte fenomenológico. Parece adecuado, pues, que sea la investigación cualitativa la empleada para evaluar este proceso de formación.

La investigación cualitativa surge entre los investigadores de ciencias humanas, tiene como base filosófica la fenomenología, y busca significados de las vivencias que se observan adentrándose, de modo subjetivo, en el

universo del sujeto: tanto del observado como del observador.

Toda investigación cualitativa arranca de una pregunta que pide una respuesta. El proceso de respuesta está presidido por una característica fundamental: la flexibilidad. La hipótesis no es cerrada, se amplía para mejor comprenderla y surgen nuevas cuestiones que al principio no se colocaron<sup>21</sup>. El “modo de mirar” cualitativo tiene que ser, necesariamente, flexible independientemente de la técnica que se utilice (entrevistas, grupos focales, etc). La movilidad de postura del investigador corresponde a quien está dispuesto a convivir con la incertidumbre que acompaña el conocimiento de la condición humana. Los significados y categorías que surgen no se dejan encorsetar por normas. La interpretación de los datos -que busca explicitar las categorías y encontrar los significados- se encamina a la comprensión del fenómeno que se observa. Es, en el decir de expertos en la materia, un arte que se compone de pericia, disciplina, creatividad y agilidad flexible, y se asemeja a un baile: los ritmos cambian, aparecen nuevos pares, y aunque los pasos de baile sean convencionales, todo corre por cuenta de la creatividad que interpreta, a su modo, el ritmo en curso<sup>22</sup>.

118

La investigación cualitativa es un refinamiento sistemático de lo que las personas hacen diariamente, y del modo como construyen sus valores y organizan el mundo a su alrededor. Se trata de explicitar el proceso que, en lo cotidiano, se hace de modo intuitivo, tácito, implícito. Una aproximación de las experiencias que no sólo deben ser observadas y registradas, sino también sentidas. La reflexión sobre el sentimiento es esencial para la investigación cualitativa<sup>23</sup>.

Varios autores insisten en la naturaleza liberal y humanística de la investigación cualitativa<sup>24</sup> y en el valor que tiene para los temas educativos<sup>25</sup>. El “saber mirar cualitativo” se vuelve el fenómeno y, aun siendo algo común y cotidiano, descubre significados en sus entrañas. Algo que puede no parecer ciencia a los investigadores positivistas que todo quieren traducir en números, pero actitud clara para los filósofos y humanistas. Comenta Ortega<sup>26</sup> que muchos de los progresos que se obtienen en ciencia, política y arte se deben a la intuición de alguien que consigue darse cuenta de algo en lo que nadie había reparado. Son los que saben fijarse y demorar en la contemplación del fenómeno. Y a continuación el filósofo recomienda al hombre de ciencia que aspira a la originalidad que no se centre tanto en la creación como en la invención, en el sentido clásico de la palabra: inventar, de *invenire*, encontrar, descubrir.

Las emociones -que son puente entre percepciones, deseos e intenciones- representan una explicación de las decisiones y comportamientos y ofrecen un terreno fértil para la investigación cualitativa en el contexto educacional

De este modo se adquiere una visión más precisa de lo que realmente sucede, de lo que importa verdaderamente a las personas que el proceso educativo<sup>27</sup> tiene en cuenta. Y, cuando se habla de emociones, se incluyen también las del propio investigador. “No se debe negar -afirman los estudiantes- lo mucho que nos involucramos con el estudio, y las emociones que nos suscita. Recoger material de nuestra práctica, explorar regiones íntimas y a veces incómodos de nuestro ser, sin asustarse, reflexionando sobre ello, compartiendo con otros colegas que investigan. Con el tiempo crearemos en una actitud de aproximación serena y repleta de humor para nuestros defectos, sin necesidad de justificarlos a cualquier precio”<sup>28</sup>.

## **A modo de conclusión: sugerencias prácticas**

La pregunta clave (¿quién va a enseñar bioética?) cobra después de este estudio una dimensión mucho mayor. Es evidente que el esfuerzo por formar profesores, que ya está siendo desarrollado, debe continuar incesantemente. Y en la formación de docentes capacitados, insistir en que el ejemplo -el modo de actuar concreto- es lo que más educa.

Comenta un conocido educador<sup>29</sup> que los profesores suelen preguntarse qué es lo que tienen que enseñar cuando empieza una disciplina. Algunos se preguntan cómo enseñar, el método que seguirán. Otros se interrogan sobre quiénes son los alumnos, a quién tienen que enseñar. Pero, infelizmente, pocos se hacen la pregunta que más importa: ¿quién enseña? Y concluye de modo definitivo: los profesores enseñamos lo que somos. Toda la fuerza del ejemplo, concentrada en esta pregunta magnífica.

El espacio curricular, que poco a poco se abre para la enseñanza de la bioética en las facultades de medicina, tiene que ser mejor gestionado. La disciplina de bioética tendría que acompañar, de algún modo, toda la formación técnica y de habilidades del alumno, ofreciendo de este modo espacio curricular para la discusión de los dilemas éticos que el estudiante tiene en su día a día.

Una realidad concreta es un grupo de estudios, articulado con el Consejo Estadual de Estudiantes de Medicina (CEEM), que están desarrollando un modelo de currículo longitudinal de bioética. Es su objetivo trabajar las bases de los conocimientos y las disciplinas éticas y de comunicación con el paciente, desde el principio de la carrera. El currículo constaría de una serie de seminarios teorico-prácticos impartidos a lo largo de los 6 años de la carrera, que estarían estrechamente relacionados con las asignaturas específicas de cada curso. Su objetivo sería, pues, ofrecer al estudiante una visión de la medicina mucho más amplia y humana, que complementara los temarios tradicionales de las distintas asignaturas desde el ámbito de la ética y la comunicación con el paciente. El currículo se completaría

y desde el ámbito más práctico, con la aplicación en las prácticas clínicas, del sistema de *portfolio*, empleado ya por los residentes de medicina de familia y a través de una iniciativa puesta en marcha por semFYC, en distintas unidades docentes. Este es uno de los principales puntos del currículo en cuyo desarrollo más se está trabajando actualmente.

Una última sugerencia es que los docentes utilicen la bioética para “acompañar tutorialmente” al alumno de medicina en los años de formación. Los dilemas éticos, como sea explicado, surgen en el día a día, y no sólo en la clase de bioética. Ofrecer la posibilidad de un sistema de tutoría, inicialmente voluntario para los alumnos que lo deseen, abriría un campo educativo, nuevo y apasionante para los docentes de bioética. Sería una oportunidad de aprender bioética en un “mano a mano” sobre los casos reales, algo muy similar al aprendiz junto al maestro, metodología secularmente consagrada en el aprendizaje de las artes. La medicina, como arte que sea ha de aprender, se enriquecería con esta oportunidad.

## Bibliografía

1. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. Aten Primaria. 2006; 38:225-9.
2. Blasco PG. *O médico de familia, hoje*. Sao Paulo: Sobramfa; 1997.
3. Marañoñ G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
4. Mendel D. *Proper Doctoring*, 1984 (ed. Esp.) *El buen hacer médico*. Pamplona: EUNSA;1991.
5. Ruíz-Calderón FJMS. *Los principios de la bioética*. Cuadernos de Bioética. 1992; (12).
6. Ortega y Gasset J. *Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América*. Revista de Occidente. 1981.
7. Ortega y Gasset J. *Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América*. Revista de Occidente. 1981.
8. Macintyre A. *After virtue*. Liverpool: Duckworth; 1981.
9. Ruiz Retegui A. *Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la Antropología Cristiana*. Madrid: Rialp; 1999.
10. Ferres J. *Educación en una cultura del espectáculo*. Barcelona: Paidós; 2000.
11. Marías J. *La educación sentimental*. Madrid: Alianza; 1992..
12. Calman KC. *Literature in the education of the doctor*. Lancet. 1997; 350:1622-4.
13. Shapiro J. *Literature and the arts in medical education*. Fam Med. 200; 32:157-8.
14. Blasco PG. *Literature and movies for medical students*. Fam Med. 2001; 33:426:8.
15. Whitman N. *A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher*. Fam Med. 2000; 32:673-4.

16. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. *Teaching humanities through opera: leading students to reflective attitudes*. Fam Med. 2005; 37:18-20.
17. Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe; 2005.
18. 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.
19. 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; 38:94-6.
20. Frankel RM. *Standards of qualitative research*. En: Crabtree BL, Miller WL, editores. *Doing qualitative research*. 2ª ed. San Francisco: Sage; 1999. P.333-46.
21. Kuzel AJ. *Sampling in qualitative research*. En: Crabtree BL, Miller WL, editores. *Doing qualitative research*. 2ª ed. San Francisco: Sage; 1999. P.33-46.
22. Crabtree B, Miller WL. *Doing qualitative research*. San Francisco: Sage; 1999.
23. Bogdewic SP. *Doing qualitative research*. 2ª ed. San Francisco: Sage; 1999. P. 47-70.
24. Webb RB, Glesne C. *Teaching qualitative research*. En: LeCompte MD, Millroy WL, Preissle J, editores. *The handbook of qualitative research in education*. San Diego: Academic Press; 1992; p. 771-809.
25. Andre MEDA. *Etnografía de práctica escolar*. Campinas: Papyrus; 1995.
26. Ortega y Gasset J. *Para la cultura del amor*. Madrid: El Arquero; 1988.
27. Lutz C, White GM. *The anthropology of emotions*. En: Siegel B, Beals A, Tyler S, editores. *Annual Review of Anthropology*. Vol. 1. 1986. P. 405-36.
28. Maltreud K. *Making changes with key questions in medical practices. Studying what makes a difference*. En Crabtree BL, Miller WL, editores. *Doing qualitative research*. 2ª ed. San Francisco: Sage; 1999. P. 313-32.
29. Palmer PJ. *The courage to teach*. San Francisco: Jossey-Bass; 1998.

# EL ANONIMATO EN LA CALIFICACION ESTUDIANTIL A DOCENTES UNIVERSITARIOS. FACTOR DE VULNERABILIDAD, CALIDAD DE VIDA Y BIOÉTICA

*Zoila Rosa Franco Peláez*

Enfermera Magister en Filosofía y Ciencias Jurídicas. Docente Titular, Investigadora Asociada de COLCIENCIAS, Extensionista. Universidad de Caldas. Estudios Doctorales en Bioética. Universidad Militar Nueva Granada.

122

## Introducción

El presente trabajo, tiene como objetivo develar los efectos negativos de una calificación anónima que reciben los docentes en la educación superior como parte de la imposición de modelos administrativos arbitrarios, que se originan en actitudes acríicas que desconocen las ciencias que deben transversalizar las decisiones provenientes de la burocracia y la tecnocracia en el ámbito de la educación superior como congruencia, con los postulados de las ciencias humanas y sociales donde la pedagogía y la ética hoy complementada con la bioética, la multi-disciplinariedad, la pluralidad, y multiculturalidad deben nutrir y fortalecer el respeto a la dignidad humana de todas las personas en condiciones de igualdad y como ciudadanos del mundo sujetos de derechos y libertades fundamentales y no solo de deberes.

El marco de referencia a nivel mundial lo sustentan las Declaraciones Universales atinentes a los derechos humanos de la ONU, la UNESCO los Tratados internacionales sobre los derechos humanos, las Convenciones sobre los mismos promulgados en diferentes regiones del planeta. Así mismo, las Constituciones Políticas de las Naciones y las Leyes de las Repúblicas existentes, y en las diferentes instituciones y organizaciones a nivel global lo que se traduce en estatutos, reglamentos, códigos y otras normas, reglas o convenciones que regulan la convivencia para hacerla sana,

justa y pacífica para todos y en ejercicio de la ciudadanía como sujetos políticos integrantes de la sociedad.

**Metodología:** Estudio crítico social de corte cualitativo comprensivo; unidad de trabajo: estudiantes de enfermería y trabajo social elegidos al azar durante el desarrollo de las actividades académicas, de ética y bioética y enfoque de desarrollo humano y social entre los años 2013-2016. Unidad de análisis: fuentes primarias, los aportes de los estudiantes consignados por escrito, y fuentes secundarias revisión de bibliografía, web-grafía, documentos y observaciones realizadas en el cotidiano de la vida universitaria, relacionada con la evaluación docente.

Se presentan resultados parciales del estudio que adelanta la autora en Colombia, con la participación de actores centrales de la educación, los estudiantes y docentes en primera instancia, los estudiantes consultados en la universidad de Caldas serán los primeros que aportaran sus voces sobre el problema de estudio planteado.

La discusión y conclusiones son iluminadas por aportes teóricos de varios autores cuyas obras sustentan las tesis de la autora frente a la ilicitud moral, ética, jurídica y política de la práctica del anonimato en la evaluación de los docentes Universitarios.

**Marco de referencia Normativo y teórico:** la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos promulgada por la UNESCO el 5 de octubre de 2005 en París plantea en a partir de la Conferencia General en el Preámbulo Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y la de su entorno; percibir la injusticia y evitar el peligro; asumir responsabilidades, buscar cooperación, dar muestra de un sentido moral que de expresión a los principios éticos..., para dar vida al respeto activo a la **dignidad Humana, igualmente, el respeto y observancia de los derechos y libertades fundamentales...**

**Art; 1,** todos los seres humanos hombres y mujeres nacen libres e iguales en dignidad y derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente, los unos con los otros. En este marco normativo a nivel global y atendiendo al título del congreso que nos convoco en Argentina el pasado mes de junio de 2017, que articula esta Declaración con los Determinantes sociales de la salud, vale la pena resaltar los elementos del título de esta ponencia como la calidad de vida que garantiza una existencia digna superando al máximo los factores de vulnerabilidad que producen sufrimiento innecesario a las personas y colectivos humanos.

Se hace imperativo crear o recrear la conciencia de todos los actores universitarios sobre los principios, valores, postulados y doctrinas bioé-

ticas con el fin de iluminar la toma de decisiones a nivel individual y colectivo, institucional, regional, nacional e internacional para proteger la vida su dignidad y su calidad poniendo en clave cotidiana y vivencial los lineamientos indicados anteriormente. Para esto me permito consignar la síntesis académica que da mejor comprensión a los estudiantes sobre los conceptos de moralidad, sujeto moral y acto moral, entendidos en el orden de aparición, como la capacidad del individuo de distinguir lo bueno y lo malo, adecuado o inadecuado, atendiendo a los códigos normativos presentes en el grupo donde vive y convive con los demás.

Siguiendo el orden, sujeto moral es aquel que como lo plantea la declaración citada posee capacidad para obrar de acuerdo al código de conducta establecido en la sociedad a la que pertenece para garantizar la supervivencia y una convivencia sana, justa y pacífica. Los elementos del acto moral los integra la consciencia, la voluntad y la libertad, esta última entraña la libertad, lo que puede llevar a esquematizarse como las Cs de la moralidad así: la conciencia se crea o forma con el conocimiento informal costumbres y formal sistemático y científico; la voluntad se manifiesta con conductas y comportamientos en la actuación cotidiana, y la libertad se expresa en la capacidad de elegir y decidir cursos de acción que conllevan consecuencias para bien o para mal.

124

Todo lo que acarrea el ejercicio de la moralidad, son compensaciones, por el bien realizado o castigo, como la sanción al daño o lesión infringida a los demás, cuando se aplica la justicia (Franco,2011,10-20). En este escenario es que cobra sentido el anonimato en el medio educativo de la universidad, puesto que como se define el término un anónimo es una condición de ausencia de nombre, carencia de identidad, escrito sin nombre que generalmente contiene algo ofensivo o amenazante para quien lo recibe, sin rostro sin identidad, el sujeto elude totalmente su responsabilidad sobre las consecuencias de sus acciones que pueden lesionar la integridad de otro ser humano, grupos humanos o seres vivos sintientes que también deben ser respetados y cuidados.

Es un despropósito, que trasgrede el orden normativo y jurídico a todo nivel, tratándose de educar y formar a un ser humano como persona, ciudadano, profesional La bioética como una ética pluralista y reguladora fundamentada en doctrinas éticas y en la filosofía moral, invita a cambios en los puntos de vista, para regular las actuaciones en lo concerniente al establecimiento de una ética pública común en el mundo globalizado, donde debe discutirse en el seno del método dialógico, en vez de matar y descalificar al otro que piensa distinto, pero esto exige de manera urgente reconocerse en el otro en los otros, en el rostro, cara a cara, como sujetos capaces de argumentar.(Hottois,1991,179-180).

El reino de los fines denominado teleología, porque estudia los resul-

tados que orientan la libertad del hombre y la mujer quienes actúan como seres poseedores de dignidad, por lo tanto, la libertad moral es aquella capacidad privativa de la persona que le ,permite practicar el bien derivado del principio bioético llamado beneficencia, dicha capacidad se cultiva a través de las virtudes (Gamboa,2014,184) o valores morales que hacen de la persona dueña de sí, una forma de autodeterminación y autogobierno de su propio proyecto de vida, lo que constituye la autonomía personal que se vulnera en el caso de estudio con imposiciones administrativas arbitrarias, cuando es obligada a actuar en condiciones contrarias a los principios morales y éticos ocultándose tras el velo del anonimato y eludir así la responsabilidad derivada de sus actuaciones que pueden causar lesión o daño.

En este orden de ideas, está demostrado que si bien el anonimato puede proteger a quien se expresa abiertamente sobre un asunto determinado en un régimen dictatorial y autoritario, que ejerce el poder para reprimir a los ciudadanos, no es dable en el sistema educativo que debe formar integralmente a las personas como ciudadanos y profesionales responsables socialmente, mediante la preparación a los estudiantes para ejercer una ciudadanía activa, responsable y transparente en la sociedad democrática que respeta la dignidad humana, los derechos y libertades fundamentales, según manda la Constitución nacional para que actúen como garantías de una calidad de vida decente, para la población incluyendo sus educadores

Al respecto se citan los pronunciamientos realizados en una de sus obras una connotada autora de talla mundial que dice:

125

*“En primer lugar, los seres humanos se comportan mal cuando no se sienten personalmente responsables de sus actos. El individuo se conduce mucho peor bajo la máscara del anonimato como parte de una masa sin rostro, que cuando se siente observado y responsabilizado como tal...”*

*“En segundo lugar, las personas se comportan mal cuando nadie manifiesta una opinión crítica... cuando alguien se pronuncia manifestando su desacuerdo permite a los demás hacer caso a su percepción y a su propio juicio”.*

*“En tercer lugar, las personas se comportan mal cuando los seres humanos sobre los que tienen poder se encuentran deshumanizados y pierden su individualidad”.*

*“En diversas situaciones, las personas se conducen mucho peor si el “otro” que tienen frente a sí es representado como un animal o como alguien que no tiene un nombre, sino solo un número”.* (Nussbaum, 2014, 72).

El enajenar al otro, objetivándolo, despojándolo de su dignidad, y derechos, pero también de sus deberes es completamente inadmisibles e inaceptable en un sistema educativo cualquiera, un contra sentido que demuestra la incapacidad del Estado de ejercer la suprema inspección y vigilancia del

servicio público de educación en el país de origen.

Al contrario, el proceso de educación debe reforzar el sentido de responsabilidad individual, con la claridad y transparencia que lleve a poder concebir a los demás conciudadanos como individuos en sí mismos, que poseen la capacidad y libertad que junto, con la voluntad expresa sus críticas constructivas y solidarias, capaces de neutralizar, la manipulación, la dominación y la estigmatización, apreciar a los otros como iguales en dignidad, derechos y libertades fundamentales y los deberes que entrañan obligaciones ineludibles, vistas como verdades objetivas que se encuentran en el orden jurídico mundial, regional, nacional, local e institucional, desde la familia como núcleo central de la sociedad.

En Colombia la educación se consagra en la Constitución Política de 1991, en el Capítulo II, De los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, Art, 67. Servicio público educativo. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y la protección del medio ambiente...

126

Corresponde al Estado, regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación MORAL, intelectual y física de los educandos... Art, 68... la enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La ley garantiza la profesionalización y la DIGNIFICACION de la actividad docente. Sin olvidar que en el Art, 27 de los derechos fundamentales se consagra la libertad de enseñanza. El Estado garantiza las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra, ni en la constitución Política, ni en las leyes que la operacionalizan, y en los estatutos, reglamentos, códigos deontológicos de las profesiones se contemplan prácticas de anonimato en la educación. (Gómez, 2008, 27-51,52).

## Resultados y Discusión

Se sistematizaron los resultados iniciales del estudio, con las respuestas de los estudiantes consultados entre 2013 y 2016; a las preguntas sobre el anonimato en la evaluación del desempeño humano, en los estudiantes de parte de docentes y en los profesores de parte de los estudiantes.

- Opinión de los estudiantes sobre evaluaciones anónimas a un desempeño humano cualquiera.

Aspectos positivos	Aspectos negativos
Protege la libertad de expresión	No tiene validez alguna
Se pierde el temor, mas franqueza	No permite la contraposición
Califica cualidades	Desconoce la defensa
Depende de las capacidades del evaluador	Tergiversa críticas constructivas
Evita confrontaciones	Se hace sin consciencia
Si hay neutralidad e independencia, de	Se hace con estigmatización
Presiones sociales o institucionales	Son suposiciones o imaginarios falsos
Es importante y favorable	Es incorrecta y perjudica
Si se hace con pregunta abierta	Se niegan derechos y deberes
Si solo hace críticas constructivas	Sin criterios, causa daño.
Produce enriquecimiento personal	Juzga el accionar
	No pueden evaluarse actuaciones
	No se conoce el evaluador
	Se desconocen criterios previos

Como puede observarse, en las expresiones de los estudiantes hay un número significativo de razones y motivos que les permite establecer una amplia gama de justificaciones para una práctica, que referida al ser humano sería cuestionable en el sentido del reconocimiento del otro en cada rol que desempeñe como ser humano en todas las experiencias de vida durante el tránsito del ciclo vital y las etapas características por grupos etareos y de cada etapa existencial. El tema de los criterios, la validez, la consciencia, la identidad, y las actuaciones remiten a las características que deben llenar los procesos evaluativos en el marco de la dignidad y los derechos, los deberes y las libertades humanas

Los aspectos que señalan los participantes como justificación del anonimato dejan entre ver los miedos, temores, sentimientos y de alguna forma una aceptación de algo que podría presentarse como irremediable en una economía de mercado donde el rendimiento humano hace posible la rentabilidad en la sociedad de consumo, en lo relativo a la satisfacción del cliente, que es tan subjetiva como sesgada, porque cada ser humano de acuerdo con sus preferencias calificara arbitrariamente, una actuación determinada del ser humano que le sirve y atiende sus necesidades como comprador, respecto del vendedor.

Sin embargo, la gama de aspectos inaceptables como la tergiversación, estigmatización, falsedad, perjuicio y suposiciones demuestran el tono moral que hace señalamientos congruentes con los conocimientos frente a

lo que propugna la moral, la ética y los postulados de las ciencias humanas y sociales respecto a la cultura del respeto a los otros, en una sociedad incluyente, que evita la discriminación, la postergación y la marginación de grupos humanos diferentes pero iguales en dignidad y derechos, dentro de una nación multicultural como Colombia, cuyos postulados jurisprudenciales respecto de la igualdad establecen obligaciones de protección del estado a los grupos minoritarios tanto en la satisfacción de sus necesidades, como en la realización de sus derechos integrados en las normas jurídicas (Rojas,2012,183).

La banalidad del mal, que causa daño a otro, perjudicándolo en relaciones de poder asimétricas y arbitrarias, durante el transcurso de la vida donde se está atrapado en diversos sistemas autoritarios; ante todo en el sistema educativo, luego en las relaciones laborales y hasta en las actividades de ocio, cada individuo considerado por separado, es normalizado y transformado para controlar a otros, (Foucault, 2014,126) como en el caso del anonimato se utiliza la cadena más débil de la estructura organizacional para descalificar el indeseable de la empresa.

De todos modos las respuestas de los estudiantes en lo consultado permite realizar un profundo análisis sobre el anonimato en contextos determinados del actuar humano, con necesidad del trabajo para proveerse una calidad de vida decente para él y su familia, conseguir los medios necesarios para cubrir sus necesidades al menos las básicas o de supervivencia puede exponerlo a las reglas de juego impuestas por quienes contratan sus servicios, desconociendo sus derechos y libertades que los colocan en condición de explotación y vulnerabilidad, cuando se afectan las justas condiciones de un trabajo digno.

Un ejemplo fehaciente que borra el rostro humano en las relaciones laborales es utilizar un lenguaje tan indigno como el llamar a los integrantes del equipo de trabajo recursos humanos, termino absolutamente impertinente y ofensivo a la alteza de la dignidad humana como valor intrínseco que posee cada persona.

• El segundo cuestionamiento se realizo sobre la postura del estudiante frente a la posibilidad de ser evaluado anónimamente.

De acuerdo	En desacuerdo
Si el trabajo es significativo, no importa quien	
Evalué	Se pierde la autonomía personal
La crítica es más fácil de asumir	Desconoce valores y derechos propios
Si el evaluador está preparado da confianza	Falta de objetividad

Propicia una actitud receptiva	Elimina la posibilidad de re- futar
Si se conocen previamente criterios claros	Mezcla sentimientos y emo- ciones
Hay que asumir una actitud resiliente	Crea mucha intriga
Es útil porque señala errores y aciertos	Produce frustración
Hay que colaborar	Perjudica al evaluado
Sirve para superar fallas	Afecta la integridad y la in- timidad
Se miden solo conocimientos y aptitudes	Genera mucha inquietud
Desecha asuntos personales y emocionales	Puede producir daño al eva- luado
Se aceptan errores, defectos y virtudes	Se hace sin conciencia
	No es valida
	Es represiva
	Origina confusión
	No da ninguna certeza
	Despierta prevenciones
	Puede apartarse de los co- nocimientos
	y las habilidades profesio- nales.

Las expresiones a favor de la evaluación anónima que podría hacerse en el hipotético escenario del aprendizaje de una materia dada, demuestra una actitud de apertura en las posibilidades de ser calificados por alguien que no conocen, confiando tal vez en la idoneidad de los evaluadores desde el punto de vista ético y pedagógico, como lo ordena la Constitución Política de Colombia, en los artículos citados previamente y una confianza en la calidad de sus docentes y en sus propios logros, lo que es bien significativo.

Después de todo, el mundo académico, como fuente del saber, se ofrece bajo las especies de lo múltiple que designa la pasividad originaria de la sensibilidad humana; pero es concretamente la fuente inagotable del saber en la medida en que dicha pasividad es indisoluble de las diferentes formas de unificación y de espontaneidad del espíritu. Si el mundo es fuente de conocimiento y experiencia, es porque hay una correlación fundamental y mas allá de ella no es posible remontarse entre la pasividad y la espontaneidad (Foucault, 2008,96).

La resiliencia, que menciona una de las participantes hace referencia a la capacidad que desarrollan las personas para superar las crisis y, lo inevitable que lleva al límite de resistencia a un individuo, facilitando su recuperación y la superación de la pena o el dolor que causa una pérdida,

la gente puede aprender a ser mas fuerte frente a las adversidades, como ejemplo, la de ser evaluada anónimamente, condición esta que la despoja de su dignidad, derechos, libertades y deberes en la interacción humana e interrelación social, del ejercicio concreto del principio de dignidad humana denominado sociabilidad. (Borysenko, 2015,29).

La resiliencia es lo que hay que desarrollar, para enfrentar las pérdidas que ocasiona el anonimato en una evaluación de estudiantes, nada más ni nada menos, que la integridad personal avasallada por una práctica inmoral, anti ética, ilícita y antijurídica, como ya se indico en el referente teórico que fundamenta este escrito. La intriga, y frustración, el daño y la inquietud que produce incertidumbre, manifestada por el temor y el miedo ante una amenaza inminente a la seguridad, afecta necesariamente la salud física y mental alterando profundamente la calidad de vida de las personas, sometidas a sufrimientos innecesarios.

De ¿qué formación integral se habla en la educación superior? Es una intención infecunda hacia el futuro, es una ética de intensiones que no trasciende hasta la ética de la responsabilidad, como una ética más neutral frente a las abstracciones filosóficas que no tocan la realidad de a puño, que convierte las vivencias cotidianas en experiencias de verdadero aprendizaje transformador de los valores, la justicia, y la verdad de los hechos y los aconteceres humanos en la lucha permanente por una existencia digna y decente. Solo una motivación interna que no se convierte en actuación, eliminando toda preocupación de tipo moral por las consecuencias de una decisión sobre una situación concreta, con sus exigencias y repercusiones (Kung, 2006,45-49).

• El tercer cuestionamiento. La calificación anónima de los estudiantes a los profesores en la universidad.

A favor  
 Es objetiva y permite mejorar  
 Facilita la libertad de expresión  
 Se puede felicitar  
 Aporta a la calidad  
 Evita represalias  
 Mira el rendimiento  
 Es cuantitativa  
 Se pueden expresar inconformidades

En contra  
 Se realizan cuestionamientos  
 Es incompleta  
 No es integral  
 Es inequitativa  
 No es apropiada  
 Es poco confiable  
 No es un buen método  
 Hace imposible la defensa del profesor cuando se le acusa injustamente  
 Es sesgada por emociones negativas  
 Es un total fracaso  
 No es significativa

Evalúa el desempeño

Ver metodología; pedagogía  
 Se hace por miedo

Sirve para señalar fallas	Afecta al profesor negativa- mente
Señala debilidades	Expresa relaciones de poder porque no existen relaciones horizontales
Evita roses	Carece de validez
Es una garantía de calidad	No es efectiva
Califica cualidades, características	Se realiza sin conciencia
Se evalúan capacidades	Los estudiantes no tenemos elementos suficientes para hacerlo
	Se hacen acusaciones falsas
	Crea mucha insatisfacción
	Impide la confrontación de argumentos.

Vale la pena resaltar, según las respuestas de los estudiantes el anonimato como un absolutismo absurdo, es peligrosamente a histórico porque ignora lo ya citado en el marco de referencia teórico y jurídico a todo nivel, así, como la complejidad de las concretas estructuras sociales y relaciones de poder que puede, dado el caso justificar incluso el delito por motivos meramente ideológicos de una administración ciega y crítica en el contexto académico de la educación superior, para mantener su *estatu quo* de privilegios y prebendas inútiles en lo personal de quienes administran actuando tecnocráticamente no para alcanzar los fines de la educación consagrados en la Constitución y las Leyes.

131

Hoy, la formación humana debe ser más de lo que es, nunca menos, porque es urgente para los educandos la preservación, el fomento y la realización de su humanidad de una forma innovadora, que les permita el despliegue máximo de sus potencialidades como persona íntegra y ciudadano idóneo para transformar la sociedad, en el cultivo permanente de sus talentos y virtudes, para proteger la vida con dignidad y calidad en un contexto de paz, donde la ética de la responsabilidad como paradigma bioético, despierte el sujeto moral que hay en todo ser humano que habita el presente como garantía para la supervivencia de las futuras generaciones.

Dentro de los determinantes sociales de la salud, se contemplan los que hacen referencia a la salud mental, porque han prendido las alarmas a nivel mundial, de manera específica por la hostilidad que se ha instaurado en las relaciones laborales, y el trabajo en general en la lucha por la supervivencia frente a la amenaza de de la pérdida de puestos de trabajo, para ser reemplazados por la tecnología; lo que antaño se considero una fortaleza para liberar al hombre de esta tensión por la supervivencia pro-

pia y la de la familia, y poder dedicarse a las artes superiores del espíritu, se ha tornado en lo contrario, afectando seriamente su equilibrio, y las universidades no están exentas de este fenómeno; que gran paradoja.

Según la OMS la salud mental es: un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera; es además capaz de hacer una contribución a su comunidad, por lo tanto va mucho más allá que la ausencia de enfermedad mental. Las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo más que conocido para la salud mental de las personas y las comunidades, las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de pobreza y en particular con los déficits educativos.

La deficiente salud mental se asocia también con cambios sociales rápidos a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de cualquier tipo, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia, y violaciones reiterativas de los derechos humanos. También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales, estos también tienen causas de origen biológico, dependientes de factores genéticos y bioquímicos a nivel cerebral.

132

Es decir, la salud mental y los problemas mentales están determinados por factores tanto personales como sociales y ambientales que determinan la salud mental los cuales pueden agruparse en varios temas que vale la pena revisar.

1. Desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables dispensando un ambiente de protección y seguridad..., empleo en buenas condiciones, dignas y justas como lo manda la Carta Magna en Colombia, con una infraestructura política de apoyo que permita la autodeterminación y el control de la propia vida, con la provisión de redes sociales y comunitarias de apoyo, roles positivos y la satisfacción al menos de las necesidades básicas o de supervivencia con dignidad.

2. El fomento y creación de capacidades personales para afrontar el mundo social a través del desarrollo de destrezas de participación, tolerancia a la diferencia y responsabilidad mutua, con el cultivo de valores que fomenten lazos de afecto soportados por el respeto en las relaciones, comunicación y sentimientos de aceptación. Reforzar capacidades personales para afrontar los sentimientos y pensamientos en el manejo de la propia vida, con el descubrimiento de la resiliencia como mecanismo que permite a los seres humanos alcanzar sus metas y aspiraciones, a pesar de experiencias y vivencias adversas sufridas durante su historia.

El aprendizaje de la resiliencia tiene que ver con la salud integral, la

autoestima la habilidad en la resolución de conflictos y hacer frente a las condiciones inherentes a la naturaleza humana como la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte, la discapacidad, la vejez y la soledad que se torna insoportable sobre todo en la vejez por el abandono de la familia y la sociedad, a partir de ellas aprender cómo superarlas.

Promover la salud mental es actuar sobre los determinantes sociales de la salud integral en lo personal y colectivo, estrechamente con las condiciones sociopolíticas para establecer estrategias para mejorar el trabajo a todo nivel, para que los tomadores de decisiones sean responsables incluyendo los colegios profesionales que actúan en este sentido, establezcan evidencias necesarias para la transformación que necesita la calidad de vida para todos y todas en las regiones del mundo.

## Conclusiones

EL anonimato en el contexto de la Educación Superior, como logro demostrarse se constituye en una práctica inadmisibles e inaceptable en el ámbito universitario aplicada de manera aun mas arbitraria en un proceso de evaluación de los docentes puesto que desconoce a todas luces, el contenido axiológico de las Declaraciones Universales sobre los Derechos Humanos promulgadas por la ONU 1948 y la UNESCO 2005 en los referente a la dignidad humana de las personas, sus derechos y libertades fundamentales, además de los deberes que como sujetos morales poseen todos los ciudadanos del mundo.

En Colombia por ejemplo, con una Constitución Política Proclamada en 1991, aun vigente se encuentran claramente plasmados los principios, valores y articulado que definen de manera contundente los derechos fundamentales y sociales, económicos y culturales que enmarcan de manera inconfundible las directrices sobre la responsabilidad del Estado en cabeza de sus autoridades e instituciones de velar, proteger, y defender a los ciudadanos residentes en el país de los abusos y vulneraciones en contra la dignidad humana de sus asociados, ejerciendo la suprema inspección y vigilancia del servicio público de educación.

No corresponde a los estudiantes universitarios en condición de anonimato, calificar a sus docentes, en un proceso administrativo viciado, porque da la espalda a los postulados, teorías y resultados de investigaciones realizadas en el seno de la academia, que propugna por la transformación de las condiciones adversas a su desarrollo, las mismas de la sociedad que la creo, en oportunidades para superar las inequidades vergonzosas que aun afectan la calidad de vida de las poblaciones incluyendo las universitarias.

La formación integral de los estudiantes como principio rector de la educación en todos los niveles que la estructuran, proscriben prácticas que afectan en materia grave el desarrollo moral de los educandos, tal como lo plantea Martha Nussbaum, colocando en condición de anonimato una actividad tan vital como la calificación del desempeño de los profesores en el aula, como si fueran delincuentes a los que hay que vigilar y castigar, como afirma Foucault, utilizando como gendarmes a la población más frágil del sistema como son los sujetos del aprendizaje, quienes esperan de la institución los mejores y más altos estándares de excelencia que los habilite como ciudadanos responsables y profesionales idóneos para ayudar a resolver los problemas que aquejan a su nación.

La profesionalización de la docencia incluye una rigurosa formación ética y pedagógica que capacite a los docentes, quienes iluminados por las ciencias humanas, sociales, de salud y de las propias de su disciplina, hagan de la aspiración legítima de ganar en humanidad una realidad cotidiana en el desempeño universitario cotidiano como émulo de jóvenes ávidos no solo de conocimientos sino de sabiduría que les permita una vida feliz como máximo logro a alcanzar para sí mismos y la sociedad a la que pertenece.

## Bibliografía

1. Borysenko, J. (2015) *Pase lo que pase no es el fin del mundo*. Barcelona: books-4pocket
2. Foucault, M. (2014) *El poder una bestia magnífica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
3. Foucault, M. (2009) *Una lectura de Kant*. Buenos Aires: Siglo XXI.
4. Franco, P, Z. R. (2011) *Desarrollo humano y su relación con la Bioética*. Manizales, Universidad de Caldas
5. Franco, P, Z. R. (2006) *La evaluación ética en la educación para el desarrollo humano*. Manizales, Universidad de Caldas, Colombia.
6. Franco, P, Z. R. (2004) 2º Ed. *Desarrollo Humano y de valores para la salud*. Manizales, Universidad de Caldas.
7. Gamboa, G. (2014) *El ser humano y su dimensión Bioética*. Bogotá: Universidad de la Sabana.
8. Gómez, F. (2008) *Constitución Política de Colombia anotada*. Bogotá: Leyer.
9. Kung, H. (2006) *Proyecto de una ética mundial*. Madrid: Trotta.
10. Nussbaum, M. C. (2014) *Sin fines de lucro*. Bogotá: Katz
11. Rojas, G, G. (2012) *De la justicia a los derechos fundamentales*. Bogotá: Temis
12. Oficina en Colombia para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2014) *Declaración Universal de Derechos Humanos, Dignidad y Derechos para todas las personas*, Bogotá: Nuevas ediciones.
13. UNESCO (2005) *Declaración Universal de Bioética y derechos humanos*, París:

[http://gacetasanitaria.org/es/vol\\_28.num\\_s1/suplemento/sespas/:-SO21391111x0004x/.](http://gacetasanitaria.org/es/vol_28.num_s1/suplemento/sespas/:-SO21391111x0004x/)

# VISITAS DOMICILIARIAS A NIÑOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA: IMPACTO EN LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

**García, Deborah S. O.**

Médico de familia, especialista en pediatría. Profesora del Departamento de Graduación de Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA).

**De Benedetto; Maria A. C.**

Médico de familia. Directora del Departamento de Humanidades de SOBRAMFA.

**Blasco, Pablo G.**

Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA.

136

## Introducción

Cuidar de pacientes crónicos, especialmente cuando se trata de niños, requiere por parte del médico algunas habilidades peculiares, cuyo aprendizaje no siempre está bien contemplado en los currículos de las facultades de medicina. Obtener estas habilidades presupone conquistar una perspectiva enfocada en la continuidad, en la capacidad de tratar con las familias que, la mayoría de las veces, se encuentran sobrecargadas para incluirlas efectivamente en los cuidados que el paciente necesita.

Es imprescindible entender como la familia vive los periodos de dificultad impuestos por la molestia crónica del niño. La familia nunca espera que el diagnóstico sea una enfermedad grave e incurable, y cuando lo descubre el choque es muy fuerte. El proceso de adaptación a esta situación inesperada no es uniforme y lineal, sino que se alternan periodos de relativa calma con otros en los que parece perderse el control. Lo fundamental es que la familia no permanezca estática durante el proceso, sin conseguir avanzar y crecer, por lo que la actuación del equipo multiprofesional que cuida al enfermo debe incluir los cuidados simultáneos de la familia, para atender las demandas y hacer frente a los nuevos desafíos que el proceso

exige. De este modo, la familia se prepara -de alguna manera se capacita- para adaptarse a la situación y se vuelve capaz de colaborar eficazmente con los cuidados del paciente<sup>1</sup>.

Algunos autores señalan tres fases en el desarrollo de la enfermedad crónica<sup>2</sup>. La primera fase de crisis se caracteriza por el periodo de síntomas hasta el inicio del tratamiento, suele existir una desestructuración de la vida familiar; le sigue la fase crónica, en la que la familia busca reestructurarse y conquistar alguna autonomía delante de los síntomas que progresan y, a veces, remiten; finalmente, la fase terminal comprendida desde que se vislumbra la muerte hasta que ésta ocurre.

Al dar voz a los niños enfermos crónicos se puede apreciar la dimensión real que la enfermedad tiene en sus vidas, y como es vivida de forma peculiar, en dimensión personal. Niños y adolescentes en esta situación contemplan la forma en la que su vida cotidiana se altera con frecuentes hospitalizaciones, los límites que la enfermedad y el tratamiento les imponen y los cambios que se operan, principalmente en todo lo relativo a su educación escolar.

Niños de cuatro a ocho años, enfermos crónicos, son capaces de describir los síntomas que les aquejan e identificar el órgano afectado por la molestia, pero tienen dificultad para encontrar explicaciones de por qué están enfermos y, a veces, se culpan por la presencia de la enfermedad. Cuando se consigue entender esta situación vital, penetrando en el discurso de los enfermos, escuchando los significados que apuntan, es posible ofrecer una ayuda real, que trasciende la intervención técnica y se abre para una verdadera humanización de la medicina. Se entra en el universo del enfermo, único territorio desde el que es posible cuidar del ser humano integralmente<sup>3</sup>.

137

## Material y Métodos

Un grupo de siete estudiantes de medicina (del primero al cuarto año de la carrera) provenientes de varias facultades de medicina de Brasil, fue invitado para un proyecto educativo establecido por la Sociedade Brasileira de Medicina de Família (sobramfa). El proyecto consistió en un programa de visitas domiciliarias a niños portadores de enfermedades crónicas, que los médicos-profesores de sobramfa cuidan habitualmente en su actividad profesional. Los estudiantes acompañaron a los médicos y visitaron enfermos con edades de uno a 20 años, que presentaban alguno de los siguientes padecimientos: parálisis cerebral, malformaciones congénitas, síndromes convulsivos graves (con secuelas neurológicas), asma de difícil control (con hospitalizaciones recurrentes), enfermedades neurodegenerativas y secuelas de tumores. Los pacientes pertenecían al sistema pri-

vado de salud São Paulo, Brasil, operado por diversos seguros sanitarios. Las visitas se realizaron en un horario acordado con las familias, pues no eran de emergencia sino de cuidados continuados. Otros profesionales de salud atendían a los pacientes (fisioterapeutas, foniatras, nutriólogos, enfermeros). Las circunstancias familiares fueron variables: algunas familias estaban adaptadas a la situación debido a que habían vivido hospitalizaciones en momentos de crisis, mientras que otras necesitaban de mayor apoyo. ¿Cómo ayudar del mejor modo posible? ¿Cuál es el papel del médico en ese momento? Fueron preguntas que los profesores colocaban al inicio de cada visita, para que el estudiante procurara entender este universo que le era desconocido. Después de las visitas, los estudiantes escribieron sus reflexiones, en las que destacaron el aprendizaje de esta experiencia.

## Resultados

El análisis de las narrativas de los estudiantes señala elementos importantes en la formación integral de los futuros médicos, los cuales contribuyen a crear una perspectiva más amplia de la práctica médica e integran elementos esenciales del método clínico centrado en el paciente. Las narrativas fueron analizadas mediante la técnica de análisis de textos, desde una postura de observador-participante y se concretaron en cuatro categorías:

138

a. **El sufrimiento humano.** El sufrimiento que pacientes y familias padecen -condición siempre presente en estos contextos- atrae la atención de los estudiantes por lo que es destacado en varias narraciones. Son lecciones de lucha y heroísmo que el estudiante aprende de las familias, del mismo enfermo, así como las estrategias que estos emplean para vencer los desafíos y proporcionar los mejores cuidados posibles.

“La mayor parte de las veces me encontré con madres que viven con tremenda naturalidad un drama diario de esfuerzo por dar lo mejor de sí y ofrecer condiciones de vida a sus hijos, debilitados por la enfermedad.”

“Mientras los padres de “M” iban al trabajo, su abuela le cuidaba; el abuelo se esfuerza por superar las barreras burocráticas que el tratamiento lleva consigo, incluso la busca exhaustiva de medicinas y dietas que el gobierno distribuye. Se veía como toda la familia encaraba como misión cuidar de aquel niño enfermo, tan frágil.”

Los estudiantes exteriorizaron sus sentimientos de compasión y empatía, al tiempo que buscaban estrategias para acompañar a las familias en esta situación. Los conflictos domésticos que surgían en el ámbito familiar no pasaban desapercibidos.

“Sentí verdadero dolor cuando vi a “Y” tan pequeña y necesitada ya de

tantas medicinas. Pero mi dolor mejoraba al ver como la doctora llevaba “sabiduría” a aquel hogar tan carente.”

“Cuando entramos en casa del paciente, nos encontramos con la realidad, con todo lo que allí está; un ambiente que no siempre es cómodo, ni acogedor. Nos encontramos también con conflictos y angustias.”

“Inicialmente me disgustó ver como algunos familiares abandonan a los niños enfermos. Debe ser porque son incapaces de digerir la dura realidad, y se comportan inconscientemente, como si no les afectara, o huyendo de la situación. Parece que buscan protegerse. Aunque al principio eso me repugnaba, con el tiempo aprendí que nuestro esfuerzo por orientarlos no es útil, mientras los familiares no encuentren su propia motivación interior. Creo que mientras no encuentren significado en sus vidas, y en la presencia de aquel niño enfermo, no sabrán actuar de modo diferente.”

También relataron, con sencillez, el impacto que la realidad de un niño enfermo les causó.

“Lo que más me llamó la atención es que “M” parecía una niña normal. Pero me angustié cuando noté que no conseguía emitir ningún sonido.”

**b. Efectividad de las visitas domiciliarias.** Las visitas domiciliarias son entendidas por los estudiantes como un recurso de promoción de la salud y un medio para disminuir el sufrimiento. El hecho de conocer bien el ambiente doméstico puede ser un recurso para provocar cambios significativos en la salud familiar.

139

“Una de las pacientes había sido hospitalizada por crisis asmática varias veces. Pudimos evaluar el ambiente familiar, la residencia y la rutina diaria de las actividades, de modo que nuestra orientación fue dirigida a prevenir nuevas crisis y los consecuentes ingresos en el hospital. Notamos en casa del enfermo como se puede intervenir en focos de humedad o de enmohecimiento que desencadenan las crisis.”

Los cuidados continuados que implican las visitas domiciliarias dan seguridad a la familia, que siente el cuidado más efectivo. Es el momento de incentivar a la familia para que haga su parte y ayude a cuidar mejor del enfermo. Este punto tampoco pasó desapercibido para los estudiantes.

“Aprendí cómo es importante incentivar a la familia y mostrarles el progreso que se alcanza, aunque nos quede un arduo camino por delante.”

“Estas visitas son una verdadera lección de vida, pues somos testigos de la vida cotidiana de familias que se muestran felices, independientemente de todas las adaptaciones que tienen que hacer para integrar a su paciente en el círculo familiar.”

c. El médico familiar coordinando los cuidados. Los estudiantes notaron

la importancia de concentrar los cuidados en un único médico, lo que garantiza continuidad y colaboración de la familia con el tratamiento.

“Los médicos del servicio de Urgencias trataban los síntomas y mandaban al paciente de vuelta para casa, sin poder acompañar el día a día del enfermo. El resultado es una caja llena de medicamentos, sin ninguna indicación, poco efectivo.”

“En casa de una paciente que tenía una enfermedad congénita, con posibilidades de curarse, comprobé el trabajo que el médico de familia hacía para coordinar todo el equipo de salud, y cómo la paciente se recuperaba.”

Es quizá, en este contexto de visitas domiciliarias cuando se hace más evidente la necesidad de un médico con visión holística, capaz de cuidar al enfermo porque sabe integrar los aspectos biológicos, psicosociales, culturales y espirituales. Los estudiantes tuvieron la oportunidad de aprender en la práctica en qué consiste el método clínico centrado en el paciente, que amplía la visión centrada en la enfermedad que suele predominar en su aprendizaje académico.

“Para acompañar a un niño con enfermedad crónica es necesario un conocimiento más amplio, algo que se extiende más allá de lo que se aprende con modelos donde todo el énfasis está en la tecnología. Son muchos los factores que influyen en cómo la familia se adapta a la situación inusitada que la enfermedad del niño provoca. El médico, además de contribuir con la técnica, tiene que saber ayudar en esa adaptación.”

“Sólo cuando se entiende a fondo la enfermedad, y no solamente su fisiopatología; cuando se entienden los contextos sociales y psicológicos, es cuando se puede tratar al enfermo... cuanto antes empezemos a hacer esto, mejor.”

**d. Efecto placebo de la presencia y actividad del médico.** La presencia del médico, independientemente de utilizar o no medicamentos, provoca efectos benéficos en la salud de los pacientes y también en la dinámica familiar. Este fue otro punto de aprendizaje de los estudiantes al salir de las visitas, además, participaron de la agradable sensación de haber promovido una mejoría en la situación de los pacientes y sus respectivas familias. Aprender a establecer una relación médico-paciente terapéutica es siempre un objetivo deseable y, de modo esencial, en las circunstancias en las que la técnica es incapaz de ofrecer otras soluciones.

“Como es gratificante saber que, cuando salimos de una casa después de la visita, hemos dejado algo bueno, quizá mucho. En el fondo, es mucho más lo que llevamos con nosotros en forma de lecciones de vida.”

“Me sorprendió el cambio de expresión de una madre, después que la

doctora habló con ella a solas. Se sintió comprendida, lloró sin pudor, ventiló sus sentimientos; después de esa catarsis, se le veía aliviada, más preparada para colaborar en los cuidados que el niño necesitaba.”

## Discusión

Integrando el aprendizaje en el contexto de la medicina familiar. En escenarios como los que aquí se describen, la práctica de un modelo médico exclusivamente centrado en la especialización y apoyado en la tecnología, resulta insuficiente. Los pacientes que sufren enfermedades crónicas e incurables hacen que el médico palpe su limitación técnica. El médico familiar, debido a las características de su especialidad -el modo en que encara la enfermedad, el enfermo y la vida misma- se muestra capaz de coordinar los cuidados de los niños con enfermedades crónicas.

Las bases del conocimiento para una práctica adecuada de la medicina de familia se construyen mediante modelos que sintetizan esa visión peculiar y necesaria. Uno de los modelos clásicos es el que se diseña en los denominados cuatro cuadrantes del conocimiento médico<sup>4</sup>. En un primer cuadrante se sitúa la práctica reflexiva o ejercicio filosófico de la profesión (en inglés *reflective practitioner*) pues el médico debe conocerse y conocer sus posibilidades terapéuticas personales, incluso las entendidas como médico-medicamento. El segundo cuadrante está representado por el mundo del paciente, el modo como el enfermo vive su enfermedad; para entenderlo es necesaria una mirada que contemple el contexto social, cultural, espiritual y vital. El tercer cuadrante propone un entendimiento de los recursos de la comunidad y de los sistemas de salud en los que el paciente está incluido. Finalmente, el cuarto cuadrante se centra en la investigación de la enfermedad, y convoca a los mejores recursos técnicos y modernos para auxiliar al enfermo. Integrar los cuatro cuadrantes en una actividad única es competencia peculiar del médico de familia, por este motivo, consigue establecer las conexiones entre la tecnología, los sistemas de salud, los valores del paciente, de la familia y sus propias posibilidades terapéuticas como médico, traduciéndolos en la práctica de los cuidados. De este modo, la enfermedad es una oportunidad de aprendizaje para los pacientes, la familia y los profesionales de la salud.

Los estudiantes vivieron y entendieron el modelo de los cuatro cuadrantes en la práctica de las visitas domiciliarias, escenario privilegiado que amplía ese modelo por tratarse de situaciones altamente complejas. Entendieron que es necesario escuchar, con atención y empatía, al enfermo y a la familia, hacerles sentir que no están solos para organizar el caos que se instaló en sus vidas y encontrar un sentido que les haga más “soportable” la situación. Se les ayuda a aceptar el sufrimiento -en verdadera

concordia, un corazón junto al otro, en función del significado clásico del término- se debe aclarar que no por ello deja de existir, pero sí, se torna más soportable<sup>5</sup>.

Las visitas domiciliarias se revelan como un recurso importante para amenizar este sufrimiento, pero exigen del médico de familia competencias precisas que ya han sido ampliamente comentadas<sup>6,7</sup>. Así, la capacidad de comunicarse con otros especialistas y profesionales de salud o bien con la propia familia del enfermo exige al médico de familia la competencia científica para cuidar de situaciones clínicas complejas, saber adaptarse a diferentes escenarios de práctica y facilitar la continuidad de los cuidados (hospital, domicilio, ambulatorio), así como gestionar los ingresos y el alta hospitalaria para, de esta manera, garantizar la continuidad en los cuidados. Todo ello es posible, porque el médico familiar aplica un abordaje longitudinal, que contempla siempre en primer plano al enfermo, dejando a la enfermedad específica en un plano de fondo. No perder ese enfoque es imprescindible para traducir en un lenguaje que la familia entienda, las situaciones técnicas, el pronóstico del enfermo y las acciones de cuidados paliativos, tanto en el hospital como en el domicilio. De esta perspectiva nace la coordinación de “cuidados en armonía” con todos los profesionales de salud involucrados, la acción eficaz, preventiva, y la satisfacción del enfermo y la familia; de aquí se origina también, la creatividad que se espera del médico de familia, para responder con “alma de artista” a los nuevos desafíos. Es fácil imaginar el panorama y las posibilidades de aprendizaje que esta constelación de elementos ofrece para el joven estudiante cuando los contempla y los vive personalmente.

142

Ya advertía Marañón sobre el peligro que entraña utilizar sólo recursos técnicos sin conocer al enfermo, sin escucharlo con atención, en fin, sin demostrar interés por su persona<sup>8</sup>. La medicina, cuando se ejerce como arte, reconoce que cada paciente es único y sabe trabajar no sólo con la perspectiva de la enfermedad que le aqueja (disease) sino también con lo que representa estar enfermo (illness), con la forma en que la enfermedad se encarna en aquella persona y se presenta siempre personalizada, instalada en alguien que enferma “a su modo”. La enfermedad se personaliza en el enfermo. Decir que no hay enfermedades sino enfermos es más que una frase de efecto: tiene un fundamento metafísico y antropológico. Sólo teniendo en cuenta esta realidad antropológica es posible practicar la medicina centrada en el enfermo que será, por necesidad, ciencia y arte simultáneamente<sup>9,10</sup>.

La medicina de familia, en su dimensión académica, apoya la formación de los médicos en lo que se ha denominado los cuatro pilares del cuerpo de conocimientos de esta disciplina, a saber: atención primaria a la salud, educación médica, humanismo y construcción de liderazgos<sup>11</sup>. La reflexión

constante que permite el ejercicio filosófico de la profesión -práctica reflexiva, reflective practitioner- lleva a manejar de modo habitual temas como la conciencia de la misión y vocación médica, el conocimiento propio, la búsqueda de la excelencia y el liderazgo que se construye en el día a día. Un universo que también es aprendizaje para el alumno, el cual difícilmente tiene oportunidad de abordar estos asuntos en su formación oficial universitaria. Facilitar su preparación fomentando la competencia y el humanismo simultáneamente es, pues, una obligación para atender la preocupación tan deseada de humanizar la medicina<sup>12</sup>.

Dentro de estas reflexiones sobre -ciencia y arte, competencia y humanismo- es posible entender el efecto placebo que la presencia y la actividad del médico ejercen sobre el enfermo, en efecto se constituye en un verdadero recurso terapéutico. El proceso de cura depende, como es sabido, de la historia natural de la enfermedad, de los efectos farmacológicos de los medicamentos y de las diversas intervenciones terapéuticas, así como del propio ambiente. Aun siendo el placebo una sustancia sin acción farmacológica específica, el denominado efecto placebo es una respuesta vital que los mecanismos físico-químicos no explican, y que no depende del nivel de educación, de inteligencia o de gravedad de la molestia. Depende, y no poco, de la influencia que las convicciones y el método utilizado por quien tiene el papel de curar ejercita. Y lo hace de un modo muchas veces involuntario, inconsciente, con su postura y actitud. Esto explica lo que los médicos de familia saben por experiencia: lo valioso que es, como recurso terapéutico, la relación médico-paciente-familia<sup>9</sup>.

143

Los médicos profesores que integran el cuerpo docente de sobramfa han contribuido a educar estudiantes de medicina divulgando los valores que aquí se comentan, a lo largo de casi dos décadas<sup>13</sup>. Las visitas domiciliarias, que son cada vez más solicitadas en nuestro medio, requieren de una postura profesional adecuada que incorpore los principios de la medicina familiar.<sup>6</sup> Las visitas domiciliarias a niños con enfermedad crónica se han revelado como una de las actividades prácticas docentes más provechosas para transmitir valores y enseñar competencias a los estudiantes de medicina.

## Bibliografía

1. **Damião E, Ângelo M.** *A Experiência da Família ao Conviver com a Doença Crônica da Criança.* Rev. Esc. Enf. usp. 2001; 35(1): 66-71.
2. **Vieira MA, Lima RAG.** *Crianças e Adolescentes com Doença Crônica: Convivendo com Mudanças.* Rev. Latino AM Enfermagem. 2002 jul-ago;10(4): 552-560.
3. **Outsubo AMN, Becker E.** *Crianças com Doenças Crônicas Falam Sobre Doença: Uma pesquisa Exploratória.* Cadernos de Pós Graduação. Univ. Presb. Mackenzie. 2005. 5(1):39-46.
4. **Stange KC, Miller WL, McWhinney I.** *Developing the Knowledge Base of Family Practice.* Fam Med 2001;33(4):286-97.
5. **Frank AW.** *Just listening: narrative and deep illness.* Fam Syst Health. 1998; 16: 197-212.
6. **Roncoletta AFT, Levites MR, Mônico CF, González-Blasco P.** *Las Nuevas competencias del Médico Familiar: coordinando los cuidados en el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos en su domicilio.* Una Experiencia Brasileña. Archivos en Medicina Familiar. 2009;11(2):78-89.
7. **Blasco PG, Levites M.** *Competencia y Humanismo: la Medicina Familiar en busca de la excelencia.* Archivos de Medicina Familiar y General. 2009; 6(2):2-9.
8. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid: Espasa Calpe; 1954.
9. **Blasco PG, Benedetto MAC, Ramirez I.** *El arte de curar: el médico como placebo.* Atención Primaria. 2008; 40: 93-95.
10. **Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston, W. McWhinney IR, Freeman TR.** *Patient-Centered Medicine: transforming the clinical method.* Inc. California: Sage Publications; 1995.
11. **González Blasco P.** *Los Cuatro Pilares de la Medicina de Familia.* Arch Med Fam 2004; 6 (2): 31-33.
12. **Blasco PG, Janaudis MA, Levites.** *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados.* Aten Primaria. 2006; 38(4): 225-229.
13. **Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto, MAC, Pinheiro TR.** *Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation.* Acad Med. 2008; 83:684-690.

# UNA NUEVA METODOLOGÍA DOCENTE EN BIOÉTICA: EXPERIENCIAS CON LA APLICACIÓN DEL PORTAFO- LIO A ESTUDIANTES DE MEDICINA EN BRASIL

## ***Graziela Moreto***

Médico de Familia. Directora, Programas Internacionales, Sociedade Brasileira de Medicina de Familia (Sobramfa)

## ***Daniela B. Bariani***

Estudiante de IV de Medicina Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa de Sao Paulo, Brasil

## ***Thais Raquel Pinheiro***

Médico de Familia. Coordinadora, Programas de Residencia Médica, Sociedade Brasileira de Medicina de Familia (Sobramfa)

## ***Rogelio Altisent***

Profesor Asociado de Bioética, Universidad de Zaragoza, España. Investigador Asociado del instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

## ***Pablo González-Blasco***

Doctor en Medicina. Director científico de Sociedade Brasileira de Medicina de Familia (Sobramfa). Sao Paulo, Brasil

145

## **Introducción: en busca de la bioética de lo cotidiano**

La bioética sea convertido en una disciplina del máximo interés para las profesiones sanitarias. Frente al desarrollo vertiginoso de la técnica y los dilemas que este progreso trae consigo, digamos que se ha hecho imprescindible. Hoy en día nadie puede negar la necesidad de estudiar bioética, de dedicarle tiempo en la formación curricular del profesional sanitario y, con énfasis especial en la del futuro médico. Pero aun siendo un consenso internacional incorporar la bioética en la formación del médico, la pregunta clave que se refiere al modo concreto de hacerlo permanece sin respuesta. No se discute la importancia de la disciplina sino cómo es posible enseñarla. Y, en particular, cómo se enseña la bioética que hay que vivir en

el día a día, para que la acción médica esté impregnada de esa dimensión esencial que hace del médico un profesional humanista.

¿Por qué esta dificultad práctica?, podríamos preguntarnos. ¿Quizá porque los especialistas en bioética se encierran en su mundo e ignoran los problemas éticos cotidianos, tal vez “de poca monta”, pero que son los que producen perplejidad al joven médico? Alguien comentaba la inutilidad de analizar la ética del fin de la vida -eutanasia y variaciones sobre el tema- si no se comenta, de modo franco, la ética de la vida, de los “buenos días”, del “saber sonreír”, de cómo “conquistar la confianza del enfermo”. Restringir la enseñanza de la bioética a los casos límite, que se presentan ocasionalmente en la vida del médico común, es desperdiciar la oportunidad de aprender la ética “de a pie”, de lo cotidiano. Esa ética que se mezcla con la decisión clínica, con la opción terapéutica, y con el trato afable con el enfermo y su familia es la que resulta verdaderamente atractiva -¡y necesaria!- para los médicos y estudiantes en formación.

En cuanto la bioética sea una disciplina que corra paralela al resto de la ciencia médica se le podrá dedicar más tiempo a la asignatura, hacerla obligatoria, pero no dejará de ser algo yuxtapuesto si no se encuentra el modo de que permee capilarmente toda la formación médica. Conviene impregnar la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuo, práctico, accesible y, sobre todo, atrayente.

146

Y en este punto, justo es examinar de nuevo la actitud de los profesores expertos en bioética. Además de pleitear ese espacio necesario -más que en cantidad, en continuidad y presencia constante, como el condimento que da sabor al alimento-, habrá que reflexionar sobre el contenido y las metodologías docentes -qué se enseña y cómo se enseña-, sobre las evaluaciones que cualquier estrategia docente exige, y sobre la investigación y las publicaciones que toman públicos los resultados.

Como en cualquier área de conocimiento, el problema es hacer de ese saber algo transitivo, que alcance justamente a los que no siendo especialistas necesitan de esos conocimientos. La cuestión decisiva es cómo contribuir a un aprendizaje de la ética verdaderamente útil que contribuya a la calidad asistencial.

Bien es verdad que el movimiento que postula una ética personalista, centrada en el cuidado, y que se ocupa de las cuestiones éticas que preocupan en la práctica diaria -una ética de lo cotidiano- va conquistando terreno. Un artículo reciente publicado en esta misma revista aborda el tema con acierto, y convoca a través de citas muy interesantes varios filósofos cuyo pensamiento colabora eficazmente en la construcción de este modelo (1).

¿Cómo surgen los dilemas de la ética cotidiana? Sin duda, cuando nos

encontramos delante del paciente. Es la vida misma, la práctica asistencial clínica, la que nos desafía con los interrogantes éticos. Las respuestas necesarias -así lo relatan los estudiantes, los médicos jóvenes, todos los que aún conservan la necesaria sinceridad para reconocer esta limitación- están más allá de la técnica que se ha aprendido. Es justamente esa la ocasión perfecta y real donde la formación bioética podría “cuajar” e incorporarse al buen hacer médico. Las clases magistrales y la bioética teórica con la que se pretende enseñar al alumno de medicina se muestran claramente insuficientes (2). Y es que el estudiante pensará -con razón- que si la bioética no le sirve para abordar las dudas que enfrenta en el día a día, probablemente no sirve para nada. Es pues necesario hacer sentir al alumno que la formación en bioética es un componente medular de su futura profesión.

## **El portafolio de bioética: una metodología docente innovadora**

La aplicación del sistema de portafolio para facilitar el aprendizaje es un método utilizado en diversos escenarios docentes (3,4). La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFyC) utiliza este método para la formación de residentes en unidades docentes, con resultados favorables (5,6).

147

¿Qué es un Portafolio? Aun corriendo el riesgo de simplificar excesivamente los conceptos se puede afirmar que el Portafolio es en la educación médica lo equivalente al método del caso en las carreras de administración, en los cursos de gestión y, sobre todo, en las escuelas de negocios. Es de dominio público que la mayoría del conocimiento que se adquiere en estos casos se construye a partir de la discusión de casos especialmente escogidos. El estudio de cada caso, la consulta bibliográfica adecuada y, sin duda, la pericia del profesor para conducir las sesiones de discusión hacen decantar lo que se conoce como conocimiento construido, base de un aprendizaje moderno y duradero. En el caso de la formación médica el Portafolio es como una falsilla que facilita este proceso. Los casos no son escogidos, o mejor, no pertenecen a un archivo docente sino que los propios alumnos los colocan. Son, pues, casos de la vida diaria, situaciones que reclaman estudio, reflexión, consulta del material correspondiente y, también, la ayuda eficaz de un docente que sepa orientar el estudio. Comentaba un conocido escritor que no existe nada tan desconcertante como el caso concreto. De hecho, los casos con los que el estudiante se enfrenta -y las dudas que levanta- pueden desconcertarlo o, bien aprovechados, pueden convertirse en ocasión utilísima de aprendizaje.

La figura del docente, convenientemente preparado, es la que podrá

catalizar este proceso y sacar de las dudas provocadas por los caso cotidianos una formación medica sólida. Trabajar con un sistema de Portafolio es, al mismo tiempo, establecer de modo formal la necesidad de la reflexión del alumno sobre las situaciones con las que se enfrenta. El alumno, pues, aprende a hacerse preguntas y a reflexionar. Esta actitud, de raíz socrática, es de eficacia incontestable. La mucha información de que hoy se dispone llega a camuflar la verdadera sabiduría. Aglomerar muchas experiencias y disponer de fuentes innumerables de información “on line”, no garantizan un aprendizaje verdadero si falta reflexión sobre todo ese material. Por eso, el buen profesor es el que sabe hacer preguntas adecuadas en cada momento, provocando la reflexión. El sistema de Portafolio coloca al alumno en esta tesitura reflexiva, desde la que abordará las realidades diarias.

En la Universidad de Zaragoza (2) el movimiento de renovación en el aprendizaje de la bioética -que tiene el apoyo incondicional de los estudiantes de la Facultad y del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina de España- ha empezado a implantar el sistema de Portafolio para facilitar un programa longitudinal de bioética que impregne toda la licenciatura. El objetivo es integrar el aprendizaje de la bioética en las prácticas clínicas de todas las áreas mediante la captación de casos que el estudiante discute con su tutor y con un consultor de bioética. Es productivo intelectualmente para el estudiante fomentar el debate sobre casos clínicos con problemas éticos desde el principio,; el estudiante desarrolla la intuición y se asombra de escuchar sus compañeros aportando nuevas perspectivas, que también son aprendizaje. En ese clima de apertura intelectual, les resulta muy atractivo ir construyendo mediante el estudio posiciones más razonadas y mejor fundamentadas. Desde una perspectiva académica es animador observar cómo el estudiante disfruta aprendiendo a elaborar un informe para su Portafolio. El método es muy bien aceptado pero requiere contar con el adecuado profesorado para supervisar a estudiantes y consultores. Por esta razón, es importante que buena parte de la materia sea impartida por clínicos con formación académica en bioética capaces de hacer sentir al estudiante que la reflexión ética no es un añadido sino un componente esencial de su profesión.

El Portafolio es, también, el propio sistema de evaluación del alumno que consigue medir su aprendizaje y que reconociéndolo como conocimiento construido lo incorpora con más facilidad. Y lo incorpora en su aprendizaje mientras se ocupa en las cuestiones clínicas variadas, donde los interrogantes éticos aparecen. Es, pues, un modelo que ofrece una posible solución a las cuestiones metodológicas planteadas inicialmente, orientando al alumno a buscar las respuestas éticas.

En la figura 1 puede verse el esquema del Portafolio de Bioética utiliza-

do en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

**Figura 1. Portafolio de Bioética**

Informe para el Portafolio de Bioética Facultad de Medicina Universidad de Zaragoza	
Datos del alumno	
Nombre:	
Curso:	
Grupo:	Fecha:
CASO: Título	
1. Resumen del Caso o Situación	
2. Reflexión sobre las cuestiones éticas que se puede identificar en este caso	
3. Documentación Consultada y otras fuentes de información	
4. Comentario Final sobre lo aprendido	
Firma del alumno	
Firma del Consultor de Bioética (Dr.)	
<i>Firma del Profesor (Dr.) - (el profesor de la disciplina clínica donde el alumno se enfrentó con el dilema ético)</i>	

Observación: La extensión de cada apartado del portafolio es variable, adecuada a las necesidades del caso y del alumno.

149

## **Aplicando el Portafolio de Bioética en otras culturas: la experiencia en Brasil**

En los últimos años, la Sociedad Brasileira de Medicina de Familia (Sobramfa) (7) ha desarrollado programas de colaboración docente con la Universidad de Zaragoza. En el último congreso del Consejo Estadual de Estudiantes de Medicina españoles (CEEM) se acordó la importancia de aplicar el sistema de Portafolio en otros ambientes de educación médica fuera de España, con vista a proyectos de cooperación con Latinoamérica.

En las facultades de medicina en Brasil, donde la bioética es contemplada curricularmente, los modelos de enseñanza obedecen al modelo teórico clásico. Como suele acontecer con muchas otras disciplinas académicas, la integración de los profesores de diversas áreas de conocimiento no siempre se consigue eficazmente. Esta integración, que sería de desear en cualquier área, cuando de enseñar ética se trata asume importancia peculiar. Conviene, pues, buscar modelos de enseñanza de bioética que convoquen a los profesores de las otras cátedras médicas a colaborar con

los docentes de ética para tornar el aprendizaje de la bioética más práctico y dinámico, que se traduciría en un mayor interés de aprender por parte de los alumnos.

El trabajo que Sobramfa desarrolla con estudiantes de medicina de diversas facultades brasileñas (más de 3.000 estudiantes de 30 facultades diferentes participaron en sus programas de formación en los últimos 16 años) (8) brinda una excelente oportunidad para conocer las dudas éticas que los estudiantes enfrentan en los años de formación médica.

De este modo Sobramfa, aprovechando la experiencia española y el amplio conocimiento que tiene de la educación médica brasilera, decidió aplicar el método de Portafolio de modo experimental, con carácter optativo, a los estudiantes que quisieron colaborar con el proyecto. Por tratarse de la primera experiencia participaron 14 estudiantes de tres facultades de medicina del Estado de Sao Paulo<sup>6</sup>, siendo dos alumnos de sexto año, tres de quinto, tres de cuarto y seis segundo año de medicina. Se realizaron pequeñas conferencias explicativas al inicio del proyecto para que los estudiantes pudieran después llenar los portafolios de acuerdo con las dudas que tuvieran en su práctica diaria de aprendizaje.

El objetivo de este trabajo era detectar las posibilidades educativas que el sistema del Portafolio de Bioética podría tener para los estudiantes de medicina en Brasil. Por eso, aun siendo pequeña la muestra de alumnos incluidos en esta primera fase y, no ser aplicado de modo completo (con tutores, a lo largo de todo el curso, con la colaboración de profesores de otras disciplinas), el análisis cualitativo de los resultados apunta a posibilidades interesantes. El hecho de ser Sobramfa, una institución ajena al escenario universitario donde estudian también facilitó las respuestas de los estudiantes, sin preocupación de emitir sus opiniones con sinceridad. La coordinación directa del proyecto quedó a cargo de una estudiante<sup>7</sup>, lo que también facilitó la comunicación abierta de los alumnos. El proyecto tuvo una duración de cinco meses (mayo-septiembre de 2006), y los resultados preliminares fueron presentados en las Jornadas de Bioética, en el Curso de Verano de la Universidad de Zaragoza, que tuvo lugar en Jaca (Huesca) en septiembre de 2005.

150

## **Resultados preliminares del proyecto brasileño: análisis cualitativo**

Siendo el objetivo primordial de este trabajo piloto experimental detectar las posibilidades educativas que el sistema del Portafolio de Bioética podría tener para los estudiantes de medicina en Brasil, interesaba localizar los principales cuestiones éticas con las que el alumno se enfren-

ta en los años de formación, y cómo podría ser ayudado. De esta manera, durante las actividades prácticas los alumnos participantes identificaron situaciones que provocaron dudas de carácter ético y, estudiándolas las recogieron siguiendo la estructura del Portafolio.

Los portafolios recogidos por el equipo investigador (autores del presente artículo), fueron analizados con una perspectiva cualitativa, para identificar las principales categorías que se corresponden con las dudas, los cuestionamientos y el aprendizaje del alumno.

Aunque no sea el momento de entenderse sobre el asunto, vale la pena apuntar que la evaluación cualitativa es la que mejor parece adecuarse al análisis que requiere esta experiencia. La investigación cualitativa surge entre los investigadores de ciencias humanas, tiene como base filosófica la fenomenología, y busca significados de las vivencias que se observan. Cuando el objeto de la investigación se sitúa en el contexto de la educación médica, y contempla experiencias relativas a actitudes, valores y afectividad, los datos surgirán en forma de vivencias, tendrán sus propios significados. La interpretación de los datos -que busca explicitar las categorías y encontrar los significados- camina para la comprensión del fenómeno que se observa. Es, en el decir de expertos en la materia, un arte que se compone de pericia, disciplina, creatividad y agilidad flexible (9). La investigación cualitativa es un refinamiento sistemático de lo que las personas hacen diariamente, y del modo a su alrededor. Se trata de explicitar el proceso que, en lo cotidiano, se hace de modo intuitivo, tácito, implícito. El abordaje cualitativo en investigación es una postura reconocidamente liberal y humanista (10).

El análisis cualitativo del material recogido a través de los portafolios de los estudiantes apunta a algunas categorías principales en que se pueden agrupar los resultados. Estas son:

a. **Postura médica**, entendiéndose aquí la manera como profesores y residentes se comportan delante de los otros médicos, de los alumnos y de los propios pacientes. Este es un tema que se destaca en los casos descritos en los portafolios.

La paciente empezaba a mejorar, cuando a uno de los residentes se le ocurre comentar delante de la enferma: “sí, lo mismo que pasó con la del 112. Mejora y después acabó muriéndose” (Portafolio de alumno durante atención en hospital en prácticas de clínica médica).

Éramos cinco estudiantes delante de la paciente, una chica de 20 años. La ausculto sobre el camión. El profesor me llama la atención, quiere un examen “a fondo” y, sin más, le pide a la paciente que se descubra. Miro a la enferma y la veo asustada. Le sugiero al profesor que tendríamos que cubrirla. No le veo muy convencido (Portafolio de alumno durante aten-

ción en hospital en prácticas de clínica médica).

b. **El secreto profesional** - sigilo médico. El alumno se enfrenta con informaciones y conocimientos que no están -ni deben estar- al alcance de cualquiera. Presencian confidencias y son muchas veces los depositarios de esas confidencias, pues el paciente, aun conociendo su condición de estudiante, les demuestra confianza.

No sabía cómo portarme durante la consulta. Delante de mí, el paciente acaba de enterarse que es portador del virus HIV positivo. Le recomiendo que debe contárselo a su mujer. Él se niega. Solicito ayuda de un residente y del profesor que, a mi lado, insisten con el paciente en la necesidad de contárselo a su esposa. En caso de que no lo haga, se verán en la obligación de llamarla y decírselo. Surge la duda: ¿se puede hacer esto? ¿Es faltar al secreto médico? (Portafolio de una alumna que está en duda, y nota que el residente y el profesor tampoco tienen muy claro cómo actuar).

c. **Ausencia de reflexión de los profesionales.** Los estudiantes se sienten de la falta de reflexión habitual -con el trasfondo ético- que debería incluir la práctica médica diaria. No presencian el reconocimiento de los errores, el sopesar determinadas posturas de actuación frente a la reacción de los pacientes, aprender con los propios defectos. Esto es algo que no se aprende en la facultad o, quizá, es un hábito que quien lo tenía lo acaba olvidando por falta de uso.

152

Es verdad que todos nos sentimos mal al insistir en examinar a los niños por la fuerza. Pero ¿cuántas veces pensamos en qué podríamos hacer para causarles menos sufrimiento? Ciertamente pocas. Nos quedamos con el “sentirnos mal”, y no damos el próximo paso: “¿cómo mejorarlo?” (Portafolio de un alumno en el apartado de reflexión sobre el caso).

d. **Experiencias con animales.** Este es un punto que tiene sabor de modernidad, relacionado con los cuidados con el medioambiente en sentido amplio. Algo que es parte de la actual cultura de la juventud y que requiere un diálogo y espacio formal para ser discutido.

Creo que hoy en día no hay necesidad de hacer experiencias con animales. Hay otros modos de investigar que ahorran el sufrimiento y la muerte (Portafolio de un alumno, en el apartado de reflexión sobre el caso).

e. **Cuidados paliativos.** Cuando el estudiante enfrenta el sufrimiento y la muerte contemplando casos de pacientes terminales, refiere que le falta el sustrato necesario para abordar el tema con profundidad. Observar la postura de los ejemplos presumibles (profesor, residente) no le ayuda, porque no descubre en ellos una base ética de actuación. El ambiente que rodea a la medicina paliativa -que es mucho más que sencillamente administrar fármacos para el dolor- es una ocasión donde con mayor facilidad

emergen las dudas éticas del alumno.

Al parar los aparatos no se le dio a la paciente y a la familia la oportunidad de despedirse. ¿Cómo puede ser digna una muerte donde se está sin oxígeno, y completamente solo? (Portafolio de una alumna, en el apartado de reflexión sobre el caso).

**f. Aprendizaje a través del ejemplo.** Aunque las metodologías decen-tes sufren innovaciones importantes, el ejemplo -ver hacer, ver actuar- continúa siendo uno de los mejores medios de enseñar el arte médico. Los estudiantes observan el comportamiento de los profesores y residentes. Y observan a todo momento, no sólo en circunstancias docentes de carácter oficial.

Tenemos un profesor excelente. Nos enseña propedéutica. Es internista y cardiólogo. Pero sobre todo es un especialista en personas, y sabe tratar a todos con cariño y gran amabilidad. De hecho sabe combinar la técnica con el humanismo, como muy pocos consiguen hacerlo (Portafolio de una alumna, en los comentarios de aprendizaje).

El ejemplo educa -el buen ejemplo- o, por el contrario, deforma cuando la experiencia es negativa. Pero no todo está perdido cuando se contempla un mal ejemplo si hay reflexión sobre el tema. Este es un momento donde el sistema de portafolio, mediante la reflexión que propicia, puede extraer beneficios de algo aparentemente nocivo.

153

Cuando la profesora nos enseñó a hacer examen ginecológico con el espéculo, quiso que todos los alumnos -éramos seis- se lo pusiéramos a la paciente. Cuando alguno se equivocaba, la profesora lo ponía de nuevo, corrigiéndole, y le pedía al alumno que lo intentase de nuevo. Con todo esto la paciente soportó, por lo menos, diez colocaciones del espéculo. (Portafolio de una alumna, en los comentarios de aprendizaje).

**g. Medicina centrada en al enfermedad contra medicina centrada en el paciente.** Es en el contacto con la acción médica cuando los estudiantes perciben la realidad del ser humano con toda su complejidad. En el caso concreto de la persona que tiene esta enfermedad, y que sufre la enfermedad a “su modo”, de acuerdo a como ella es, amplía los horizontes del estudiante que entiende, de modo práctico, la diferencia entre la teoría y la realidad.

Los médicos se ponen nerviosos cuando no consiguen encajar la historia clínica del paciente en algún esquema preformado en sus cabezas. Si nos concentrásemos más en los enfermos y menos en la teoría, trabajaríamos de modo más eficaz (Portafolio de un alumno, en los comentarios de aprendizaje).

## A modo de discusión; reflexiones sobre la experiencia

Cuando se analizan los relatos descritos en los portafolios es fácil constatar que la documentación consultada y las fuentes de información no se limitan a libros técnicos; es más, estos casi no se citan. Los estudiantes buscan intuitivamente otras referencias bibliográficas que van desde los códigos de ética, hasta autores de filosofía y antropología, pasando naturalmente por el Juramento de Hipócrates. Es decir: el estudiante intuye que la solución -la luz que puede iluminar sus dudas- no se encierran en los libros y las referencias que consulta habitualmente para bien cursar -y ser aprobado en los exámenes- las diferentes disciplinas de la carrera.

Surge aquí un primer punto de reflexión para los docentes. Si el conocimiento que el estudiante necesita para incorporar una postura ética no le es exigido durante la formación, ¿para qué ir a buscarlo cuando hay tanto que estudiar? No basta pues recomendar la formación en bioética, *sino que es necesario encontrar un espacio curricular formal, es decir, hay que dedicarle tiempo y recursos*. Y tiene que ser una dedicación que esté representada por horas curriculares y por cantidad y calidad del profesorado. Decir al alumno que la postura ética debe ser medular y no demostrárselo con los horarios de clase y con la dedicación docente es una actitud que a nadie engaña. El alumno dará valor a lo que el colegiado docente de hecho considere prioridad. El sistema de portafolio permitió en estos casos que el alumno dedicase un tiempo -oficial y con créditos educativos- a buscar la información y a reflexionar sobre sus dudas. El esfuerzo del alumno por mejorar su formación ética -investigando, leyendo bibliografía, reflexionando y aconsejándose- es recompensado curricularmente. Es, pues, un resultado concreto que hay que tener en cuenta.

El análisis de los resultados sugiere otro punto de reflexión de la mayor importancia. Es opinión común entre los que se dedican a la educación médica que “algo pasa con el estudiante durante los años de graduación”. El joven alumno entra en la facultad lleno de sueños y deseos de cuidar a las personas, repleto de idealismo; *y por un proceso que no se ha explicado suficientemente acaba tornándose indiferente al sufrimiento humano, se acostumbra a la enfermedad, destrata a quien lo padece y, utilizando una palabra que se ha puesto de moda, se “deshumaniza”*. Las dudas con las que el estudiante se enfrenta, reveladas en los relatos del Portafolio, levantan a su vez una duda importantísima: ¿serán los dilemas que surgen en la práctica del alumno cuando entra en contacto con el paciente y con los modelos que tiene alrededor los responsables por ese proceso “deshumanizante”? ¿Son esos cuestionamientos, de los que poco o nada se habla -porque no hay espacio formal para hacerlo- los que van minando el idealismo y erosionando la vocación médica? Es dicho popular que el agua estancada se convierte en caldo de cultivo. Es posible que los dilemas

que permanecen latentes, ocultos, generen primero angustia, y con el tiempo, indiferencia, porque no es posible vivir en permanente tensión. Aquí podrían incluirse también los desenlaces trágicos -mayor incidencia de depresión en estudiantes de medicina, psicopatías y suicidios- cuya raíz puede ser análoga. La respuesta a este interrogante desafiador merece investigación y compromiso por parte de las instituciones formadoras.

¿Cómo gestionar esta formación personalizada que debe facilitar la libre y sincera circulación de los dilemas éticos del estudiante de medicina? Una posible respuesta nos viene dada en forma de un modelo conocido, pero del que tal vez no se ha captado el núcleo de su importancia: las tutorías. Los preceptores -mentores o tutores, de acuerdo con el país y la cultura- podrían representar la ocasión que el alumno encuentra para hablar sobre sus cuestionamientos. Serán dudas bioéticas, en algunos casos; pero el tiempo y la confianza crearán espacio para hablar de muchas otras cosas, de las propias experiencias vividas -sentidas, interiorizadas- que actúan como hierro candente sobre la personalidad del joven profesional en formación. Es pues razonable pensar que los docentes de bioética podrían ser los indicados para “acompañar tutorialmente” al alumno de medicina en los años de formación.

Los dilemas éticos, como se ha explicado, surgen más en el día a día que en la clase de bioética. Ofrecer la posibilidad de un sistema de tutoría, inicialmente voluntario para los alumnos que lo deseen, abriría un campo educativo, nuevo y apasionante para los docentes de bioética. Sería una oportunidad de aprender bioética en un “mano a mano” con los casos reales, algo muy similar al aprendizaje junto al maestro, metodología secularmente consagrada en el aprendizaje de las artes.

Esta posibilidad nos coloca frente a otro desafío: la formación de los tutores, de los docentes de bioética. Siguiendo la experiencia de la Universidad de Zaragoza, involucrar profesores de clínica -que ven enfermos y enseñan al mismo tiempo- parece esencial para el proyecto de tutoría. Al alumno no le convence un consultor experto en bioética, que no tenga experiencia clínica. “Esto está muy bien -puede pasar- pero ese profesor no ve pacientes, no se le muere nadie, y nunca tiene angustias en una guardia”. Y le sobraría razón para pensar así. Ese es el motivo del fracaso de las clases de ética, psicología médica, humanidades y disciplinas afines impartidas por quien no tiene experiencia clínica cotidiana: el alumno lo ve como alguien ajeno al universo médico.

## Perspectivas futuras: enseñando bioética con perspectiva humanista

Enseñar bioética hoy implica enfrentar el desafío de promover una verdadera reconstrucción filosófica -que es la postura antropológica- del médico. Y construir así profesionales “bifocales”, que sean capaces de cuidar a sus pacientes con competencia profesional, técnica y ética, en armonía, aprovechando lo mejor que el progreso les ofrece, para atenderlos en sus carencias fisiológicas y humanas (11).

Saber atender al enfermo en toda su dimensión humana, y no sólo sectorialmente -el desarreglo fisiológico que la técnica consigue medir- es el desafío principal que enfrenta hoy 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. Esta es la construcción de un nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita (12). Y para llegar a esto no son suficientes algunos consejos dados con buena voluntad, y un par de libros que se recomiendan al estudiante desorientado y perplejo con los dilemas éticos. La construcción de este humanismo es fruto del estudio, de la reflexión, de una inversión en la cultura, en dosis regulares y constantes, permitiendo de este modo el “realmente ético” que los estudiosos de la bioética proponen hoy como urgente necesidad.

156

La omisión docente en este terreno produce las generaciones de médicos insuficientes que, cada vez más, vemos graduarse. Y no cabe atribuir la culpa solamente a los estudiantes, ya que la responsabilidad es siempre de la institución formadora. Así, observamos entre los estudiantes y jóvenes profesionales una curiosa convivencia de conocimientos técnicos apurados con una ausencia total de postura humanística, por faltar la formación antropológica necesaria para integrar globalmente estos conocimientos. Si en otras épocas esta deficiencia podía interpretarse como falta de honestidad, hoy resulta más por ignorancia -por no saber cómo hacerlo, porque nadie se lo ha enseñado en la práctica- que por maldad.

Quizá tenemos que admitir que hoy se torna necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que en épocas pasadas el médico que no era humanista -que no entendía al enfermo y no se hacía entender por él- no tenía la posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tanta y tan abundante, que no es difícil camuflarse con ella, para suplir las deficiencias humanas.

Necesitamos, pues, de profesores con experiencia clínica y formación en bioética que puedan desempeñar el oficio de tutores. Junto a ellos, el alumno, como buen aprendiz, aprendería a resolver las dudas viendo cómo se sufre para buscar las respuestas. Aprendería también que la compleji-

dad humana nos brinda situaciones desafiantes y, al mismo tiempo, magníficas. Este es el universo donde el aprendiz podría ventilar sus dudas, y construir su identidad como médico. Y es que enseñar bioética, aunque suponga establecer fronteras y normas, requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que está estipulado, para hacer por el enfermo todo lo que es posible. No se contenta con no hacer el mal, sino que persigue, quiere, y de hecho practica, todo el bien que es posible. La bioética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para mejor desempeñar la función de médico. “El deber que se nos exige es sólo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Marañón (13).

Este es el modelo de la ética personalista 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; y busca hacer siempre lo mejor, sin contentarse con aquello a lo que se está obligado, por normas o legislaciones. Es una ética que se encaja perfectamente con la medicina centrada en el paciente -no en la enfermedad- que es la acción propia del médico humanista.

Este modelo, que nos atrevemos a denominar ética vitalista, depende del sujeto, del médico que actúa en a práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas, haciendo de la ética algo personal que incide sobre el modo de cuidar del enfermo. No se guía apenas por no cometer infracciones sino por el deseo de ayudar lo mejor posible. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “buen hacer médico” (14). Enseñar bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata de construir códigos de conducta sino de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar las decisiones que deben tomar (15).

No es temerario concluir que la bioética personalista exige un compromiso del médico que la abraza como modelo, porque depende directamente de un modelo de vida virtuoso que rige toda la actuación profesional. Difícilmente sabrá decidir con sabiduría quien no se esfuerce por ser virtuosos, pues la sabiduría es ciencia del corazón y no sencilla teoría. Es verdad que se puede actuar correctamente, observando los principios éticos y deontológicos, sin querer ir más lejos. Pero esta postura “aséptica” encierra la peor de las virulencias: la omisión, “dejar de hacer todo el bien que se podría hacer”. Para quien tiene el privilegio de trabajar con la vida humana la omisión puede ser la peor de las faltas.

## Bibliografía

1. León-Correa FJ. *Ética del cuidado feminista y bioética personalista*. Persona y Bioética. 2008; 12 (1): 53-61.
2. Altisent R. *Entrevista en Diario Médico*. Madrid, 1-IX-2008.
3. Torán-Monserrat P, Arnau i Figueras J. *El Portafolio como instrumento de valoración del residente*. Aten Primaria 2006; 37 (7): 371-373.
4. Blay Pueyo C. *Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo*. Evaluación de la competencia: métodos y reflexiones. Jano Extra; 2006. Pp.36-42.
5. Grupo Portafolio: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (sem-FYC). *El portafolio estandarizado: una herramienta de evaluación formativa para médicos de atención primaria*. Jano Oct; 2006. Pp.69-71.
6. Prados Castillejo JÁ. *Preguntas sobre la evaluación de las competencias y algunas respuestas: portfollio*. Aten Primaria 2005; 36 (1): 3-4.
7. Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Disponible en: [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br) (Fecha de consulta: 6-enero-2009).
8. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, et ál. *Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation*. Academic Medicine 2008; 83:684-690.
9. Crabtree B, Miller WL. *Doing Qualitative Research*. California; Sage Publications, Inc; 1999.
10. Webb RB, Glesne C. *Teaching Qualitative Research*. In: Le Compte MD, Millroy WL, Preissle J, editors. *The Handbook of Qualitative Research in Education*. San Diego, California: Academic Press; 1992. Pp. 771-809.
11. Blasco PG. *O médico de família, hoje*. Sao Paulo: Sobramfa; 1997.
12. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. Atención Primaria 2006; 38 (4): 225-229.
13. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Caple; 1957. P. 18.
14. Mendel D. *El buen médico*. Pamplona: EUNSA; 1991.
15. Ruiz-Calderón JMS. *Los principios de la bioética*. Cuadernos de Bioética 1992; 12 (4): 23-33.

# ¿CÓMO MEJORAR LAS HABILIDADES PEDAGÓGICAS DE LOS PROFESORES Y FOMENTAR LA REFLEXIÓN DE PROFESORES Y ALUMNOS?

## **González Blasco M.**

Licenciado en Filosofía y Letras. Profesora de Filosofía y Coordinadora del Departamento de Filosofía del IES Instituto Mirasierra de Madrid. España.

## **Levites RM.**

Médico de Familia. Director de Programas de Residencia en Sociedad Brasileira de Medicina Familiar (SOBRAMFA), Sao Paulo, Brasil.

## **Moreto G.**

Médico de Familia. Directora de Programas Internacionales en SOBRAMFA, Sao Paulo, Brasil

## **Blasco P.**

Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA, Sao Paulo, Brasil.

159

## Introducción

Enseñar a través de la estética -artes y humanidades- estimula la reflexión y facilita el aprendizaje. Las emociones, que anteceden a los conceptos racionales, tienen un papel esencial cuando se pretende enseñar actitudes y comportamiento. Con acierto coloca esta cuestión un 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 efectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro”<sup>1</sup>.

La educación de la afectividad puede ser, pues, un *estrategia* de capital importancia en el proceso de aprendizaje. El caso del cine representa una experiencia educativa innovadora y peculiar, pues las emociones de alumnos y profesores emergen con facilidad delante de un arte que les alcanza porque les es familiar. ¿Es posible utilizar esas emociones acoplándolas a una metodología bien fundamentada para desarrollar la educación de la afectividad? El presente artículo pretende ser una respuesta a esta interrogante.

## Supuestos Conceptuales: Artes, humanidades y emociones en el escenario del aprendizaje

Las humanidades, incorporadas al proceso formativo académico, aparecen como un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. Existen variados proyectos en educación, que cristalizan en líneas de investigación, y tienen como denominador común el postulado de que las artes ayudan a comprender las emociones humanas, las actitudes del estudiante y en último término, ayudan al profesor a cuidar correctamente del alumno. Concretamente, en el campo de la educación médica que es donde los autores tienen mayor experiencia, los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro<sup>2</sup>, poesía<sup>3,4</sup>, ópera<sup>5</sup> podrían integrar el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa.

Los objetivos educativos de esta incorporación formal de las humanidades en el proceso formativo de los profesores de enseñanza secundaria son, principalmente, despertar actitudes y valores, muchas veces inesperados en los propios estudiantes. Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el *currículum* de formación del profesorado no son propuestas artificiales y periféricas -como “pasatiempos” útiles- ya que requieren de una metodología, sistemática e integrada. Proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para una reflexión permanente -un verdadero ejercicio filosófico de la profesión- debería ser una preocupación constante entre los educadores.

Las artes y las humanidades nos facilitan el conocimiento del ser humano. Sirven para los alumnos, y también para formar a los docentes, ya que los profesores utilizan -aun sin darse cuenta- sus propias emociones en el proceso educativo, y entenderlas mejor les permitiría crear nuevos canales de comunicación con sus alumnos. El uso de la literatura, del teatro y de la poesía, son recursos clásicos de la educación humanística del estudiante, pues la emoción que despierta el contacto con los modelos variados del ser humano les ayude a reflexionar. Mejor que describir los

celos es, sin duda, representar *Otelo*. El remordimiento se hace transparente con *Crimen y Castigo*.

La dimensión afectiva -educación de las emociones- destaca particularmente hoy, cuando se trata de educar. Las emociones del alumno no pueden ser ignoradas; es más, hay que contemplarlas y utilizarlas porque son, desde la perspectiva de aquel, un elemento esencial en su proceso formativo. En el moderno contexto cultural se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que las emociones son como la puerta de entrada para entender el universo donde el alumno transita, se mueve, y consecuentemente se forma.

Sabemos, como fruto de la experiencia, que muchas de las cosas importantes de la vida no se transmiten por argumentación sino a través de un proceso diferente, afectivo, que tiene que ver más con el afecto-amor que se emplee en educar, que con razonamientos especulativos. Partiendo de esta experiencia, Ruiz Retegui<sup>6</sup>, en su ensayo sobre la belleza, comenta que educar a través de la estética no es pretender anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar una técnica o incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se pueden adquirir virtudes, modificar actitudes, sin reflexión. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirve la estética, y las emociones que la acompañan. Se trata de establecer un punto de partida, como una pista desde la que se pueda despegar para un aprendizaje más profundo. Empezar por lo que es estéticamente bello, lo que “nos toca la emoción”, para después dirigir los esfuerzos en la construcción de valores que además de agradables sean verdaderos; es aquí donde el cine, es capaz de suscitar emociones.

161

## Descripción de la Experiencia Educativa en el Cine

La educación de la afectividad a través del cine es un método utilizado hace casi diez años -por la SOBRAMFA, Sociedad Brasileña de Medicina de Familia<sup>7</sup>- metodología puesta en práctica por medio de Congresos, Talleres, Jornadas de actualización y Cursos de Educación Continuada en la formación de estudiantes de medicina, jóvenes médicos y profesores de medicina. En los últimos cuatro años, la SOBRAMFA ha desarrollado, en conjunto con instituciones Españolas y de América Latina, programas de formación afectiva -por medio del cine- en un ámbito diferente del correspondiente a la educación médica. Los programas han sido dirigidos a alumnos de colegios y facultades, profesores, gestores de empresas, directores de recursos humanos, escuelas de formación empresarial, y otros.

Esta experiencia que trasciende el objetivo inicial del método desarrollado por SOBRAMFA que era dirigido primordialmente para formar médicos con perspectiva humanística, ha sido documentado ampliamente<sup>8</sup>.

El presente artículo analiza una nueva experiencia docente con un objetivo definido. El método, que se ha mostrado eficaz para fomentar la dimensión humanista en el médico, ¿tendría también impacto educativo con alumnos y profesores de enseñanza media y superior, ajemos al ámbito de la educación médica?

## Material y Métodos

Investigación cualitativa que se desarrolló en Instituciones de Enseñanza en España, a lo largo de del período de 2005 a 2008. Se impartieron dos sesiones de Educación para la Ciudadanía para alumnos de Bachillerato, tres Talleres de Reflexión Filosófica para alumnos de... Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y Bachillerato y dos Cursos para Formación de Profesores en Madrid. Todas esas actividades fueron desarrolladas en el Instituto Mirasierra de Madrid, España<sup>10</sup>, con excepción de un taller para alumnos de Bachillerato en el Colegio CEU- Sao Paulo de Madrid<sup>11</sup>.

162

En todas las ocasiones uno o varios profesores de SOBRAMFA, con experiencia en utilizar la metodología del cine, estuvieron Presentes como facilitadores de los talleres de discusión. Las sesiones se iniciaron preguntando a los presentes sobre las expectativas que tenían, después de que cada uno se presentase e hiciera los comentarios que la parecieran oportunos. La proyección de escenas rápidas en forma de clips acompañada de los comentarios del profesor facilitador se sucedieron durante 20 o 30 minutos. A continuación, se creó un espacio para una discusión abierta e informal donde los participantes podían intercambiar lo que la proyección les había sugerido: sus reflexiones personales, asuntos que las escenas vistas parecían evocar; se plantearon dudas, dificultades y proyectos que, por un motivo u otro, la sesión de cine habían traído a colación. Cuando el público era muy numeroso, y el tiempo disponible lo permitía, las discusiones se hacían en pequeños grupos que facilitaban la participación de todos, para integrarlos finalmente en una discusión plenaria con las conclusiones y comentarios de cada grupo.

Los datos para el posterior análisis de resultados fueron recogidos mediante evaluaciones escritas anónimas (el interés se centraba en evaluar el método, y no el alumno) los datos que se entregaban al finalizar las sesiones. En algunos talleres y en los cursos para profesores un observador participante recogió también los datos en un *diario de campo* para integrar el análisis. Tanto las evaluaciones como los datos del diario del campo, fueron ordenados y catalogados, asignándose una numeración a

cada intervención / evaluación, manteniéndose el anonimato de los participantes. Los datos que se presentan en el análisis de resultados tendrán como fuente de referencia las evaluaciones (EV), o los datos del diario de campo (DC) y el número correspondiente a su transcripción.

Esta metodología educativa basada en el cine y escenas específicas acompañadas de comentarios del facilitador ha sido ya descrita con detalle en otras publicaciones<sup>11</sup>. No obstante, en las experiencias aquí relatadas, algunas escenas y comentarios se modificaron de acuerdo con el público, ya que la adaptación a los participantes es un elemento esencial para el buen uso de este método pedagógico. Entender a los alumnos, reflexionar primero -uno mismo- como profesor para provocar la reflexión en los demás, es condición indispensable para tornar útil la educación con el cine. En otras palabras, para promover el humanismo hay que ser, de algún modo, un humanista.

## Resultados

El análisis cualitativo de los datos se utiliza frecuentemente cuando la materia estudiada es más carácter empírico y artesanal que teórica. Cuando los objetivos educativos se refieren a actitudes, emociones y valores profesionales el análisis cualitativo es el indicado. Los modelos cualitativos de análisis de datos son por naturaleza flexibles e interactivos. Es un proceso de carácter circular, mucho más que lineal o matemático. Las estadísticas -entendidas como medidas tradicionales de impacto- no encajan de ningún modo. La evidencia cualitativa es la convicción suficiente que se concluye de los datos de que si otros investigadores quisieran hacer la misma experiencia obtendrían resultados similares por otra parte invitan al lector a que realice la experiencia por su cuenta, que la viva personalmente.

Los *grupos focales* -focos de discusión- son uno de los modelos clásicos de investigación cualitativa. Formar los grupos, redistribuir los resultados entre los propios participantes para que los evalúen -y los completen o aclaren cuando sea necesario- ayuda a construir lo que se denomina *sujeto colectivo*, base de esta perspectiva de análisis. Consultar las notas apuntadas y repasar los resultados, abre nuevos horizontes de análisis, en el movimiento circular -una espiral creciente- anteriormente comentada. Se trata de representar en los resultados la interacción de los participantes, sin pretender llegar a una solución consensual. El investigador no es un elemento neutral, sin un participante que también coloca en ruta sus propias percepciones e interpretaciones; e incluso sus emociones y reflexiones, pues no es un observador aséptico ni un sencillo repórter de campo. Es un elemento que vive la experiencia, la describe e intenta juntar en su

descripción las vivencias de todos los participantes.

Como el objetivo del presente artículo es facilitar el entendimiento de cómo la metodología que utiliza el cine puede colaborar en la educación afectiva, se recogen comentarios de las diversas categorías de participantes. Los datos analizados provenientes de notas de campo, respuestas escritas y evaluaciones breves se dividen en dos grandes grupos: el *correspondiente a los estudiantes de colegio*, y el *correspondiente a los profesores*.

## Resultados relativos a los alumnos

- Los jóvenes viven en un mundo dinámico, sensitivo, que se caracteriza por la información rápida y con alto impacto emocional. El cine les brinda una oportunidad de aprendizaje rápido que conecta fácilmente con sus emociones.

*Si yo fuera profesor intentaría mejorar la comunicación con mis alumnos, alcanzar sus emociones, para que creciesen más como seres humanos. Hay una barrera entre estudiantes y profesores, y necesitamos ir más allá de los programas de la asignatura para alcanzar verdadera educación (EV-n.8).*

164

*¿Quién eres? Eres tú, aprender a conocerte y a saber lo que eres, lo que quieres. Aprendes a valorar lo que realmente quieres... Después de todo lo que he visto, me parece que hay que tener más en cuenta mis verdaderos deseos y mis capacidades. Hay que pensar antes de actuar (EV-n.4).*

Los estudiantes quieren una educación práctica, donde pueden descubrir las conexiones con el mundo real. En el fondo quieren entender para qué sirve lo que aprenden. La educación necesita, por tanto, fomentar la creatividad y aprovechar la imaginación del estudiante, haciéndole partícipe de su proceso de aprendizaje.

*Cuando Aristóteles y Platón hablan de educación se refieren a la persona. Es algo que tiene que ver con educar para la vida, para saber relacionarse, para la ciudadanía. Hay que estar atento al desarrollo del ser humano, ayudarlo a crecer como persona, y no atenerse sencillamente a los programas de asignaturas. (EV-n.1). Esto de los programas y contenidos es un problema. Y es que los estudiantes no saben para qué sirve aquello, cómo eso que quieren enseñarle puede servirle para la vida. Hay una brecha entre lo que se enseña y la vida real. Si los alumnos entendiesen el por qué todo sería más fácil. (EV-n.2).*

Lo que se pretende con esta metodología es que los estudiantes reflexionen, no se trata de decirles que incorporen una actitud concreta.

Y de hecho, se observa que con el uso del cine se cambian las actitudes.

*Hay que encontrar la motivación adecuada para el estudiante. Hay que involucrarle en el proceso educativo de algún modo. (EV-n.14).*

*Creo que sin motivación no se llega a ninguna parte. Cada persona deja su huella en este mundo... Hay que descubrir la vocación, me ha servido para pensar. (EV-n.5 e 6). Lo que de verdad cuenta en la educación es fomentar el desarrollo como personas. Tenemos que valorar la persona más que los contenidos y programas. De este modo es posible obtener la colaboración del estudiante, que ellos aporten lo mejor de sí mismos. (EV-n.15).*

*Claro que sirve, para plantearme muchas preguntas y replantearme si de verdad tengo vocación y voy a ser capaz de llegar a serlo (...) Complica la vida, te hace abrir los ojos... Da que pensar, mucho que pensar... Complica la vida pero la hace más completa, más emocionante (...) Creo que mi vocación se ha multiplicado por 10. ¡Muchas gracias! Te facilita la vida porque te ayuda a recapacitar y actuar de manera correcta (...) Ahora no se que quiero ni porque lo quiero. ¡Me ha encantado! (EV-n. 9 a 12).*

La utilización de los clips de cine con comentarios ayuda al estudiante a centrarse en las actitudes profesionales que se esperan de él y se fomenta el liderazgo. El lenguaje del cine se acopla bien a las emociones y dinámica del estudiante, que con facilidad refleja situaciones de su propia vida en las escenas que contempla. Temas que de otro modo serían difíciles de abordar, se colocan con naturalidad en este contexto: opciones profesionales, idealismo, dudas vocacionales que no se han entilado anteriormente. Se fomenta la responsabilidad por decidir, escogiendo con madurez; se estimula el compromiso con los propios deberes profesionales. Los estudiantes reconocen que a través del cine despiertan cuestiones que antes permanecían ocultas, ignoradas o descartadas.

*Tal vez uno de los mejores resultados es entender lo que pasa en la escena de El Rey León, que acabamos de ver. Los profesores tienen que conseguir que los estudiantes miremos en nuestro interior, como hace el mono Simba en el Rey León, para encontrar su propia motivación, para saber quién soy y qué es lo que tengo que hacer. Cuando encuentras respuestas a esto tiene energía suficiente para ir adelante. Es mucho mejor que motivaciones externas, impuestas. Aquí la motivación viene de dentro, de atender cuál es tu papel en la vida (EV-n.22).*

*En el momento justo después de ver estas escenas, ahora, cuando tengo que escribir mi respuesta, puedo decir que me va a cambiar la vida, que es muy vinito, que quiero ser un líder. (EV-n.28).*

*Busca tu camino, apóyate en los demás, pero siempre con la bondad por*

*delante e ideas propias. Confiar en ti y nunca traicionar tus ideales. Yo sí creo que todos podemos ser un “Samurai” está en la naturaleza humana, hay que encontrar ese punto dentro de cada uno. Tú, y sólo tú puedes lograr una vida plena y aportar al mundo tu pequeña parte y así también lograr un mundo un poco mejor. Luchar. (EV-n.13).*

## **Resultados relativos a los profesores**

Los primeros resultados obtenidos entre los grupos de profesores participantes en los cursos y talleres de reflexión se relacionan con las expectativas. Algunos ya han oído hablar del tema, saben de la importancia que tiene la educación afectiva, y buscan nuevos métodos para mejorar su docencia. Todo lo que les ayude a llegar más cerca de los estudiantes puede ser útil.

*Ya había oído hablar del currículum oculto, informal, y parece que funciona bien. ¿Cómo consigo tener mayor credibilidad con mis alumnos para poder ayudarlos mejor? ¿Significa mejorar mis técnicas? Por eso he venido. (DC-nn.1,5,9).*

*¿Qué se puede hacer cuándo tenemos poco tiempo, mucho trabajo, demasiados estudiantes y no conseguimos darles la atención que nos gustaría? ¿Hay algún atajo para mejorar esto? ¿Estoy descuidando algo? Igual no conseguimos alcanzar a los estudiantes, que se sientan de hecho atendidos, porque no les entendemos. ¿Cómo hacer las preguntas adecuadas? (DC-nn. 6,8,18).*

166

Los profesores tienen delante un gran desafío: enseñan solos, sin que sus pares los vean actuar. O bien, como se dice vulgarmente, son profesionales que trabajan “con las puertas cerradas”. Una vez en clase, no tienen a nadie que les corrija y les ayuden a mejorar su trabajo. Cuando se reúnen con sus colegas, dedican más tiempo a hablar de los estudiantes y, sobre todo, de los problemáticos.

Difícilmente se dedica tiempo a hablar de ellos mismos, de sus dudas o de los sentimientos de frustración con los estudiantes, de lo que funciona, y de lo que no marcha bien. Este es un dato relevante, pues es sabido que, en cualquier profesión, la corrección reflexiva entre los pares es un camino para la excelencia.

*Tenemos que encontrarnos y reunirnos más. Y eso de modo habitual. Quien sabe estas sesiones (refiriéndose al curso de educación y cine) es un modo de hacer todo esto, y divertirse al mismo tiempo. Mejorar nuestras relaciones. Tenemos poquísimo tiempo para pensar en cómo enseñamos, para cambiar impresiones... (DC-n.34).*

*Quiero estar a gusto enseñando, hacerlo con placer, conocer a mis colegas profesores, sentirme apoyado por ellos. Tendríamos que montar un grupo a partir de estas sesiones para continuar reflexionando sobre esto. No hace falta que sea nada oficial, un claustro formal; sencillamente encontrarse para cambiar impresiones, para sentirse apoyado en nuestros proyectos (...) Creo que este taller de reflexión a principios de un curso es de lo más útil. (DC-n 29).*

*Tenemos que encontrar un terreno común. Ser positivos, y entendernos (...) Necesitamos compartir nuestros resultados: los buenos, lo que funciona, y lo malo, lo que no acaba de funcionar. Así aprenderemos a valorar los pequeños éxitos. Si conseguimos que algunos profesores se interesen por esto, obtendremos buenos resultados, porque este ambiente reflexivo se disemina rápidamente. Cooperación y servicio: tenemos que conseguir esto en el equipo de docentes. (FD-nn.33,36,37).*

*Las discusiones que arrancan de las escenas cinematográficas brindan un clima especial para comentarios abiertos, que ayudan a todos a conocerse mejor entre ellos. Se mejoran las relaciones, se entiende mejor al colega de quien se sabía poco, y todos se sienten parte de un proyecto que tiene como objetivo acercarse más a los alumnos para poder cooperar más eficazmente en su formación. La metodología fomenta en los profesores el hábito de reflexión. Al mismo tiempo, ofrece un espacio informal y cálido, donde cada uno puede hablar con sinceridad de sus sentimientos, de las alegrías y frustraciones que acompañan la tarea docente. Tenemos vergüenza de compartir nuestros sentimientos, de hablar de nuestras expectativas, de lo que nos frustra. No tenemos tiempo ni lugar para hablar de estas cosas, que son las que realmente importan. (DC-nn.3,15).*

*Nos cuesta trabajo digerir nuestras frustraciones, los malos resultados de los alumnos. Y no hablamos de esto, porque no hay espacio. Nos pasamos la vida hablando de los estudiantes que nos traen problemas... (DC-nn.4,16).*

*Lo que me cansa es perder mis ideales, mi entusiasmo por enseñar. (DC-n.20).*

*Mis dudas, por lo que veo, no son sólo mías. Son de todos. Necesitamos compartirlas. Necesitamos conocimiento y método. (DC-n.43).*

*La metodología ayuda a los profesores a descubrir paradigmas y les sugiere otras técnicas que utilizarán para entenderse mejor con los estudiantes. Entienden también, que además de conocer mejor a los alumnos es necesario crecer en conocimiento propio para desempeñar las tareas docentes. Puede ser que estemos enseñando del mismo modo que nos enseñaron a nosotros. Y puede ser que esta discusión empiece a cambiar todo esto. (DC-n.17).*

*Ciertamente lo que funciona en educación es lo que uno hace, mucho más que lo que dice. Enseñamos lo que somos (...) Como en la película: levanta la bandera, no hace falta que digas nada, da ejemplo. La actitud es el mejor recurso del líder. (DC-nn.21,23).*

*Ese es el principal papel del profesor : provocar la reflexión, ayudar a la gente a que encuentre sus talentos y a que lo usen correctamente (...) No les pidas aquello que tú no estás dispuesto a dar. Sacar de dentro lo mejor de cada uno. Eso es lo que nos cabe como profesores. (DC-nn.22, 25, 26,41).*

*Los estudiantes son los protagonistas en la educación. Por tanto, el Oscar para el mejor actor y actriz, tienen que llevarselo ellos. Un buen profesor puede ganar el Oscar de actor secundario. No más que eso. (DC-n.24).*

*Salirse un poco de los esquemas (como en la película, que el profesor quita todas las piezas del tablero de ajedrez). Igual son las piezas -los esquemas- lo que hace difícil enseñar eficazmente. (DC-n-27).*

*Igualmente, la presente metodología estimula el crecimiento profesional del profesor, le impulsa a mejorar sus habilidades docentes. Los participantes manifiestan estos deseos de crecer y mejorar. Necesitamos más sencillez. Ser realistas y empezar por mejorar lo que tenemos (...) Y ciertamente trabajar con paciencia, aprender a esperar. Me ha gustado esa expresión en inglés: “watchful waiting”, es como una espera atenta. (DC-n.28).*

168

*Lo que importa no es lo que a mí me parece importante, sino lo que interesa a los estudiantes. El mejor resultado de todo esto: que hay muchas formas de llegar hasta los alumnos. Y que siempre habrá alumnos que no conseguiremos alcanzar. (DC-nn.40,44).*

*Lo más importante es el lado humano del alumno (...) Necesitamos quererlos y divertirnos al mismo tiempo que enseñamos: eso es ser profesor. Mejorar la comunicación es esencial. (DC-nn.45, 48).*

*No sé si conseguí expresarlo en palabras. Tengo un montón de emociones (...) Tengo que mirar dentro de mí mismo y encontrar modos de ser mejor profesor. Y ahora, un buen desafío: nada de divisiones, nada de doble vida; soy el mismo cuando enseño que cuando vivo mi vida. (DC-nn.39,39).*

Finalmente, surgen cuestiones importantes que buscan respuesta. El cine brinda una oportunidad para colocar estos dilemas de modo que los profesores pueden reflexionar sobre ellos. Es, sin duda, un buen resultado del método: disparar u proceso de reflexión habitual.

*¿Cómo puedo ser realmente útil para mis alumnos? ¿Cómo puedo conocerlos mejor? ¿Cómo implicarlos en el proceso educativo y que se sientan responsables por los resultados? ¿Cómo tener al alumno siempre de mi lado, luchando en la misma dirección? (DC-nn.54, 57, 64).*

*¿Consigno llegar a los estudiantes y tocarlos a través de las emociones? ¿Y para motivarlos y comunicarme mejor? ¿Cómo consigno medir si funciona? (DC-nn.56,65).*

*¿Estaré perdiendo mis ilusiones? ¿Me da miedo lo nuevo, los métodos innovadores? ¿Podemos siendo profesores, abrirnos con sinceridad, hablar de nuestras experiencias? ¿Cómo podemos prologar lo que se aprende en estas sesiones y ser de hecho mis reflexivos habitualmente? (DC-nn.55, 67, 68, 69).*

## **Profundizando en la discusión: construyendo la teoría de la educación con el cine**

Comprender el universo cultural del estudiante es condición necesaria para la buena marcha de cualquier proyecto educacional. Esto es lo que Ortega quería decir cuando advertía que no bastaba saber lo que se dice, sino a quien se está diciendo. Y por eso, al tratar de la Universidad la definía como "la proyección institucional del estudiante". Es decir, lo que a final de cuentas importa no es lo que el profesor enseña, o un saber abstracto, sino lo que realmente se puede enseñar y lo que el estudiante es capaz de aprender<sup>12</sup>.

¿Cómo se trabajan las emociones en este contexto? En su ensayo sobre la virtud, Macintyre nos recuerda que en la cultura griega, en la medieval y renacentista el medio principal de educación moral era contar historias<sup>13</sup>.

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 denominada catarsis. Una catarsis que si no puede ser vivida por la experiencia, puede ser facilitada por la historia que nos llega en forma de arte.

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, 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.

La ayuda de los clásicos nos brindan para trabajar las emociones, es por demás útil si admitimos que en el universo del estudiante de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación. 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, abrir caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual prácticamente impone.

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida al otro elemento que delinea el universo del estudiante: la imagen, o como Ferrés<sup>14</sup> define en estudio reciente, “una cultura del espectáculo”, El estudiante llega hasta el educador anclado en una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico. Y esto no sólo 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 tiene lugar la reflexión. Las personas se refugian en la velocidad, son empujadas a vivir el presente, y por la prisa -en palabras de Ferrés- “no consiguen frecuentar el pasado”. Un contexto cultural de lo fragmentario, de lo rápido y sensorial, que se traduce en actitudes inmediatas, dinámicas, impacientes.

170

Parece natural que dados estos parámetros, sea la imagen sensible, y no el concepto lógico, lo que asuma el protagonismo del contexto. En la “cultura del espectáculo” lo sensorial es potenciado porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin parar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto” y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las emociones derivan de los significantes, sin necesidad de entenderse los significados, el contenido conceptual. El espectador es un receptor que la cultura de la emoción torna idóneo para encajarse en la cultura de la imagen, de lo sensible. Las respuestas racionales -“estoy de acuerdo o no estoy”- se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que la imagen despierta<sup>14</sup>.

Contemplar este panorama desde una perspectiva educativa se traduce en una serie de advertencias. La primera, consiste en aclarar que la realidad que se nos presenta -saturada de emoción e imágenes sensibles- no significa que el razonamiento y la comprensión intelectual no sean ya

necesarios para la construcción de los conceptos en el aprendizaje. Continúan siendo tan necesarios como siempre fueron, pero ahora más que nunca queda claro que no son suficientes. Todo indica que frecuentemente habrá que pasar primero por las emociones como un puerta de entrada para posteriores construcciones lógicas y especulativas. El umbral de la sintonía con el estudiante parece estar hoy constituido por emoción e imagen, y quien vive acostumbrado a guiarse por el sentimiento -emociones provocadas por imágenes externas o internas- difícilmente aceptará el razonamiento lógico si la emoción no le facilita el camino.

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, ya lo hemos visto, sería ingenuidad; temerlas, por abrigar el recelo de una educación superficial, tampoco parece una actitud creativa. Lo mejor, sin duda, será incorporarlas situándose en el papel donde ser más eficaces: activando el deseo de aprender, como elementos de motivación incrustados en una cultura moderna.

Pero toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no nos dejará el sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo sería posible construir conocimientos sobre la natural oscilación afectiva? Recurriendo a los clásicos recordaremos que Platón consideraba como finalidad de la educación enseñar a desear lo que tiene que ser deseado. Aristóteles también habla de educar el deseo. Y aquí surge otro desafío: educar el deseo, mostrar los caminos para que el deseo se eduque, como si fuera una formación del paladar afectivo, para aprender a que guste lo que es bueno. Enseñar la verdadera sabiduría, como bien definía Claraval: “Sabio es aquel a quien las cosas saben cómo realmente son”<sup>15</sup>.

Con elegancia y precisión Gustave Thibon<sup>16</sup> aborda el tema en un ensayo delicioso sobre el amor humano: *Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse*. Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede recriminar a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro... Se es más fiel no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu.. Lo verdaderamente espiritual tiene más afinidades con lo sensible que con lo intelectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo.

Todo este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones,

promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la creatividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo -y la reflexión sobre lo que se siente, lo que se gusta, en fin, sobre las emociones- vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que Julián Marías denomina, con sabor clásico, *Educación Sentimental*. Y anota con elegancia este autor: “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 limitada 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”<sup>17</sup>.

172

Esta sería la función del educador, un verdadero promotor de la cultura, que despierta el deseo de aprender, contagia el entusiasmo por conocer y consigue que el estudiante coloque lo mejor de sus esfuerzos al servicio de su propia formación. Salta a la vista la creatividad que se espera de un educador, y su capacidad de adaptación al universo que le cerca. ¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación del alumno? ¿Cómo saber exigir de modo que la existencia sea un punto de partida para que el exigido, a su vez, se exija más, de lo mejor que tiene? Bien sintetizaba esto marañón cuando afirmaba: “El deber que se nos exige es sólo un pretexto para que inventemos otros deberes”<sup>18</sup>.

Este horizonte que se despliega frente al educador, requiere del maestro flexibilidad, observación, un continuo repensar su postura y su actuación, que se reflejará en las metodologías educativas empleadas. Porque un educador trabaja con personas, y no sólo con ideas. No se puede partir únicamente de las ideas a priori, sino que es necesario adaptarse a las reacciones que las ideas provocan en el interlocutor. Hay que educar, al compás de la flexibilidad. Un nuevo desafío que tendrá de ser afrontado si se pretende realmente educar. “Si la nueva generación -comenta Ferrés- no consigue convertir las imágenes en pensamiento, es porque el educador no supo primero convertir el pensamiento en imagen”<sup>14</sup>.

¿Cómo se convierte el pensamiento en imagen? ¿Cómo se opera la metamorfosis del concepto en algo concreto, sensible, al gusto del consumidor universitario actual? Contar historias es uno de los modos posibles. Es una cultura del espectáculo -saturada de imágenes, emoción e intuición- lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejem-

plo, que se traduce en imágenes. Un terreno fértil que invita a pensar en el cine como posibilidad adecuada para ayudar en el proceso educativo. Un recurso que encaja perfectamente dentro de la cultura de la emoción y del espectáculo.

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

El contexto cultura-imagen-emoción del estudiante favorece otras dos posturas por descontado útiles: la posibilidad de incorporar un modo nuevo de comunicarse, y la facilidad de traducir la vivencia cinematográfica en situaciones cotidianas. El cine se convierte en un lenguaje peculiar entre los alumnos y entre alumnos y profesor. Un lenguaje que permite darse a conocer, en proceso inverso a la incorporación metafórica de lo que se ve en las escenas: el alumno se refleja en la escena y en el conflicto proyectado, pero también utiliza la escena para dar a conocer su universo interior. El cine presta su fuerza comunicativa para que a través de lo concreto -imágenes y emociones que todos sienten y viven- pueda abrir su mundo interior. Un universo que debe ser contemplado con respeto ya que el alumno lo desvela y porque, de algún modo, está pidiendo ayuda para ser formado.

173

## Conclusiones

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

El cine actúa, pues, como verdadero “facilitador” que permite construir y educar en la ética y en los valores con eficacia y fecundidad. El cine, como método pedagógico ayuda a pensar, provoca la reflexión, que es el objetivo de los educadores que persiguen la excelencia. Son los que avan-

zan más allá de programas y contenidos, los que se exigen sin que nadie se lo pida, los que saben que para enseñar bien ellos mismos tienen que ser mejores personas<sup>17</sup>. Porque educar es el resultado de la magnífica simbiosis que acopla la actividad intelectual al arte de esculpir el ser humano<sup>18</sup>.

## Bibliografía

1. **Sierra A.** *La efectividad. Eslabón perdido de la educación.* Eunsa - Universidad de la Sabana, 2008.
2. **Shapiro J.** *Literature and the arts in medical education.* Fam Med. 2000; 32(3): 157-8.
3. **Blasco PG.** *Literature and movies for medical students.* Fam Med. 2001; 33(6):426-8.
4. **Whitman N.** *A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher.* Fam Med. 2000; 32(10):673-4.
5. **Blasco PG, Moreto G, Levites MR.** *Teaching Humanisties through Opera: Leading Medical Students to Reflective Attitudes.* Fam Med. 2005; 37(1)18-20.
6. **Ruiz Retegui A. Pulchrum.** *Reflexiones sobre la belleza desde la antropología Cristiana.* Madrid: Rialp; 1999.
7. **González Blasco P, Roncoletto AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA.** *Medicina de Familia y Cine: un recurso humanístico para educar la afectividad.* Aten Primaria 2005; 36(19):566-72.
8. **Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta FT, Moreto G.** *Cinema para o Estudante de Medicina. Un recurso afetivo/efetivo na educação humanística.* Revista de Educação Médica. 2005; 29(2):119-28.
9. **Instituto de Educación Secundaria Mirasierra.** C/Portera del Cura, S/N, 28034 Disponible en: <http://www.educa.Madrid.org/web/ies.mirasiera.madrid>.
10. **Colegio CEU San Pablo Claudio Coello.** C/Martín delos Heros 60, 28008 Madrid. Disponible en:<http://www.colefioceucaudiocoello.es/>
11. **Blasco PG, Moreto G, Roncoletto AFT, Levites MR, Janaudis MA.** *Using movie clips to Foster learners' reflection: Improving Education in hte Affective Domain.* Fam Med 2006;(2),94-6.
12. **Ortega Y Gasset J.** *Misión de la universidad.* Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial. 1997.
13. **McIntyre A.** *Tras la virtud.* Barcelona: Crítica 1987.
14. **Ferres J.** *Educación en una cultura del espectáculo.* Barcelona: Paidós 2000.
15. **Bernardo de Claraval.** Lisboa: Editorial Aster. 1959.

16. **Thibon G.** *Una mirada ciega hacia la luz.* Belacqua. Barcelona. 2005, pg 192.
17. **Marías J.** *La Educacion sentimental.* Madrid: Alianza Editorial; 1992.
18. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid, 1957, Espasa Calpe.

# OPINIÓN DE UN GRUPO DE MEDICINA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA DISCUSIÓN DE CASOS CLÍNICOS COMO TÉCNICA DIDÁCTICA

***Gonçalves Garreta Prats Joao Antonio***

Académico del Curso de Ciencias Médicas del Centro Universitario Lusiada - Santos  
- Sao Paulo, Brasil

***Rozenfeld Levites Marcelo***

Médico de familia. Director de SOBRAMFA

***Murano Maria de Lourdes***

Miembro del equipo académico de SOBRAMFA

176

## Introducción

La metodología de discusión de casos clínicos no es nueva en Medicina. Las viejas discusiones clínicas con la participación de médicos, cirujanos, patólogos y estudiantes formaron la base de la Medicina en casi toda su historia<sup>1</sup>.

Es importante tener presente que la Medicina es un conjunto de conocimientos prácticos que se reproduce a partir de casos particulares. Como señala Hunter: "... es una ciencia de individuos..."<sup>2,3</sup>. La práctica del razonamiento clínico, independientemente del tipo de patología, no es frecuente en nuestro ejercicio porque el médico o el maestro están cada vez más especializados y centran sus participación en el conocimiento derivado del posgrado. El no tener a un profesor con la capacidad para integrar los conocimientos y permitir a los estudiantes la diversificación de su razonamiento para abordar el estudio de enfermedades infecciosas, autoinmunes o psicósomáticas, no invalida la metodología de la discusión de casos clínicos. No obstante, es importante resaltar que para que el profesor enseñe al alumno a seguir esta ruta es necesario que él mismo conozca el acceso.

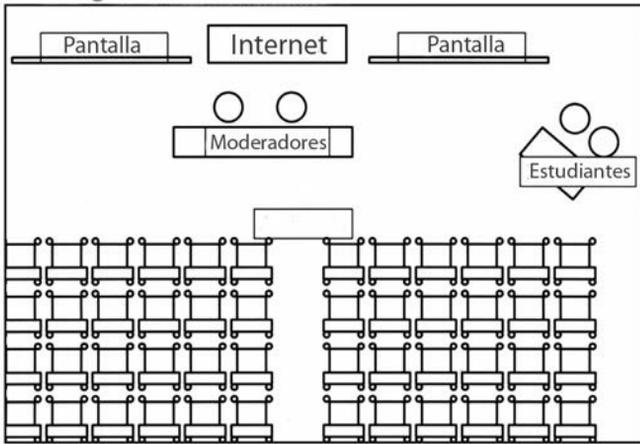
Por supuesto, esta capacidad no es privativa de los profesores generalistas, también los especialistas y sub-especialistas son capaces de llevar a cabo este tipo de discusiones. La cuestión se centra en la creación de la capacidad dialéctica del conocimiento entre los estudiantes de Medicina, a fin de efectuar un razonamiento sin prejuicios, y permitir la discusión con colegas que pueden tener puntos de vista diferentes y, no obstante, estar en condiciones de construir hipótesis diagnósticas en un espíritu de colaboración. Permitir a los estudiantes seguir por esta ruta marcada por el profesor exige conocer perfectamente el camino por recorrer<sup>4-5</sup>.

La experiencia de la enseñanza del método clínico en las discusiones con los estudiantes de Medicina ha sido promovida por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (SOBRAMFA)<sup>6</sup>, a través de encuentros científicos mensuales en conjunto con la Asociación Paulista de Medicina (APM)<sup>7</sup>, la cual cuenta con presentaciones interactivas de casos clínicos. Las reuniones se han desarrollado mensualmente desde 2008; se han efectuado hasta la fecha 40 reuniones, a las que han asistido más de 200 estudiantes, médicos y residentes de diversas instituciones educativas de Sao Paulo, Brasil.

Los casos clínicos seleccionados son presentados por dos académicos que tienen libertad de elegir cómo se expondrá el caso, a través, del uso de diapositivas, imágenes y/o videos; en este proceso se toma en cuenta el interés de los estudiantes. Los casos son seleccionados por el profesor con base en su experiencia o bien se toman de la publicación *New England Journal of Medicine*. Dos médicos de familia, profesores de SOBRAMFA, suelen ser los moderados de la discusión. A lo largo de la presentación, se debate con el público y los estudiantes varios temas que se desprenden del caso clínico. Los moderados cuestionan a la audiencia, y en todo momento enriquecen la sesión con su experiencia. No hay censura sobre la elección de los temas. El desarrollo de las sesiones depende, en gran medida, de los diagnósticos presuntivos emitidos por la audiencia. Las reuniones se transmiten a través de Internet y los participantes en línea también pueden realizar preguntas y contribuir con sus observaciones. La discusión continúa hasta el final de la presentación del caso, y concluye con las observaciones finales de los presentadores<sup>8-10</sup>.

Una representación esquemática de la organización de las reuniones se encuentra en la Figura 1.

**Figura 1.**  
**Representación esquemática de la organización de reuniones clínicas**



El objetivo del trabajo fue evaluar el impacto de esta nueva metodología en el aprendizaje en un grupo de estudiantes de Medicina. La pregunta esencial que guió la investigación fue: ¿las escuelas de Medicina promueven la discusión de casos clínicos entre los estudiantes y fomentan el razonamiento clínico?

178

## Material y métodos

Estudio transversal, semicuantitativo, realizado de enero de 2009 a mayo de 2011, en el que se utilizó un cuestionario elaborado expreso para éste. Los 223 estudiantes de ocho universidades del estado de Sao Paulo, Brasil, recibieron el cuestionario por correo electrónico con las instrucciones precisas para responderlo. Los correos electrónicos fueron enviados por miembros del personal de SOBRAMFA, los cuales no participaron en el análisis de los cuestionarios, con el propósito de que los investigadores no tuvieran acceso a la identificación de los estudiantes; la realización de los cuestionarios fue opcional. El cuestionario contenía las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo calificaría su aprendizaje durante la reunión?
2. ¿Cómo calificaría el contenido científico del caso?
3. ¿Cómo calificaría la calidad de la presentación?
4. ¿Cómo evaluaría la metodología utilizada para la discusión?
5. ¿Cómo calificaría la enseñanza de las discusiones?
6. ¿Cómo calificaría la contribución de esta reunión para su desarrollo del razonamiento clínico?
7. ¿Cómo calificaría la discusión de los casos como un estímulo

para el estudio y desarrollo académico? 8. ¿Cómo calificaría la complejidad del contenido del caso clínico? 9. ¿Alguna vez ha asistido a un evento similar en la institución donde estudia o trabaja? 10. ¿Ha participado en más de un debate didáctico fundamentado en los casos clínicos de la comisión médica de la APM? 11. ¿Invitaría a un amigo a este evento?

En las preguntas 1-8 se utilizó una escala de Likert (1-Muy mal, 2-Mal, 3-Regular, 4-Bien, 5-Muy bien). En las preguntas 9-11 solo se respondió “si o no”.

## Resultados

De los 223 cuestionarios enviados se recibieron 101 respuestas. La tasa de respuesta fue de 45%. Los resultados se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.**  
**Resumen de los resultados obtenidos**

Pregunta	Total	Media
Aprendizaje	466	4,614
Contenido científico del caso	487	4,822
Calidad de la presentación	470	4,653
Metodología de la discusión	488	4,831
Calidad didáctica	499	4.94
Contribución para el desarrollo del razonamiento clínico	495	4.9
Estímulo para el desarrollo académico	503	4.98
Capacidad de comprensión	473	4,683
Todos los cuestionarios	3,881	38,423
	No	Sí
Participó en un evento similar en la universidad	72.20%	27.80%
Ha participado en más de una reunión	49.50%	50.50%
Recomendaría este evento académico a un amigo	2%	98%

La respuesta promedio para todas las preguntas, cuantitativamente analizadas, tuvo una calificación entre 4.5 y 5, con excelente impresión de los estudiantes sobre la técnica de discusión de casos clínicos. Los elementos que más destacaron fueron: el aprendizaje, el contenido científico, la calidad de la presentación, la discusión de la metodología, la didáctica, la contribución al desarrollo del razonamiento clínico, el estímulo para el desarrollo académico e incluso la complejidad del caso y la capacidad de

comprensión con un promedio muy cercano a 5(muy bueno). La puntuación promedio para todas las preguntas fue e 38.423 para un máximo de 40 con resultado

Muy positivo. Esta situación probablemente se reflejó en la respuesta a la pregunta: ¿invitaría a un amigo a un evento como este?, la cual obtuvo una respuesta positiva en 98% de los entrevistados. Aproximadamente, la mitad de los estudiantes entrevistados habían participado en más de una reunión de discusión sobre casos clínicos. Solo el 27.8% participó en un evento similar en su lugar de estudio o trabajo.

## Discusión

Los resultados de este estudio demostraron un excelente aprovechamiento e interés de los estudiantes, quienes evaluaron todos los aspectos, en promedio como bueno o muy bueno. La mayoría recomiendan estas sesiones de discusión a sus amigos. Sin embargo, también manifestaron no realizar discusiones con características similares en su universidad. Limitaciones del estudio: el presentar solo los resultados de 45% de los estudiantes entrevistados podría representar un sesgo significativo. No obstante que la metodología utilizada fue semicuantitativa, el no contar con el logro académico en el aula o en las reuniones, constituye un complejo desafío clínico que podría limitar la interpretación de los resultados.

La metodología mostró un marcado interés de los estudiantes por la discusión de casos clínicos, la cual es vista como un método para la construcción del conocimiento en los estudiantes de Medicina. Aun cuando no es un método innovador, está ausente en la formación académica de algunos estudiantes de Medicina de Sao Paulo, Brasil. La discusión de casos clínicos es solicitada por los estudiantes, incluso fuera de su plan de estudios universitario; estas necesidades de los alumnos reflejan las escasas posibilidades de espacios para la integración de los conocimientos en la docencia universitaria. Las innovaciones pedagógicas siempre serán bienvenidas si nosotros como profesores no olvidamos transmitir, en el futuro médico, los conocimientos básicos y necesarios que resulten esenciales para desarrollar un adecuado razonamiento clínico<sup>10-12</sup>.

## Bibliografía

1. Almeida MC. *Correlação Diagnóstica anatômica. Aferição retrospectiva do diagnóstico clínico em necropsia*. Ver. Saúde Pùb .S. Paulo. 1989; 23:285-91.
1. Hunter KM. *Doctor's stories. The narrative structure of medical knowledge*. Princeton: University of Princeton; 1991.
3. Council on Scientific Affairs. *Autopsy a comprehensive review of current issues*. J. Amer. Med. Ass. 1987; 258:364-9.
4. Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Disponible en: <http://www.sobramfa.com.br>
5. Associação Paulista de Medicina. Disponible en:<http://www.apm.org.br/>
6. Janaudis MA. *Princípios de Medicina de Família: Quatro Pilares que definem sua identidade*. O Mundo da saúde. 2010; 34(3):300-10.
7. Roncoletta AFT, Blasco PG, Moreto G, Levites MR. *Medicina de Família y Universidad Brasileña (II): actividades docentes de la SOBRAMFA com estudantes de medicina*. Tribuna Docente On Line. 2007;9:1-6.
8. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MA y cols. *Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities, and innovations*. Acad Med. 2008; 83(7):684-89.
10. Janaudis MA, Blasco PG, Haq C, Freeman J. *Formando médicos para a Medicina de Família e Comunidade*. Revista Bioética. 2007; 15(1):27-36.
11. 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): 619-21.
12. Moreto G, Benedetto MAC, Roncoletta AFT, Lamus F, Blasco PG. *La educación médica y la propuesta "Salud para todos": la declaración de Alma-Ata treinta años después*. Cuadernos de medicina en investigación y salud. 2008; 2(2):109-119.

# LA LITERATURA COMO RECURSO DIDÁCTICO EN LA FORMACIÓN HUMANISTA DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICIAN

## *Craice De Benedetto Maria Auxiliadora*

Médico familiar y coordinadora del departamento de Humanidades de SOBRAMFA. Participa en proyectos de investigación con el Centro de Historia y Filosofía de las Ciencias de la Salud de la Escuela Paulista de Medicina, Sao Paulo, Brasil.

## *Gatti Guilherme*

Estudiante de Medicina de octavo semestre de la Facultad de Medicina del Centro Universitario Sao Camilo, Sao Paulo, Brasil

182

## Introducción

Una queja frecuente de los usuarios de los sistemas de salud de Brasil, tanto públicos como privados, es la falta de humanización del personal médico. Este es un tema que comienza a provocar una profunda reflexión en los educadores y administradores de la salud. La experiencia diaria en los cuidados a las personas en los servicios de salud han demostrado que la calidad de la atención percibida por los usuarios es uno de los problemas más críticos del sistema de salud brasileño. Para la opinión pública, los elementos como la forma de atención y la capacidad de los profesionales de la salud, para entender las necesidades y expectativas de sus pacientes, son factores que están más valorados que la falta de médicos, la falta de espacio en los hospitales o la falta de medicamentos. Por esta razón, el Ministerio de Salud estableció en 2000 el Programa Nacional de Humanización de Atención Hospitalaria, el cual inició con un proyecto piloto, punto de partida para las políticas de humanización que se han establecido y mejorado desde entonces<sup>1</sup>.

En las últimas décadas, la literatura se ha utilizado como recurso didáctico en la formación de los estudiantes de Medicina con los siguientes

objetivos: proporcionar a los alumnos una mejor comprensión de las experiencias y la vida de sus pacientes, es decir, la empatía de acogida, lo que da a los estudiantes la oportunidad de crecer en su nivel de conciencia y saber que la reflexión profundiza en su capacidad de compasión, reconociendo la dimensión humana en la salud y la enfermedad, la discusión acerca de la moral (ética y legal) de la vida de los pacientes, para analizar los combates, ambigüedades y sutilezas de las diferentes perspectivas de los pacientes, familiares, profesionales de la salud y la sociedad. Las grandes obras literarias ayudan a entender los caprichos de los aspectos humanos que influyen no solo en la forma en que se enferman, sino también, en el proceso de curación. La lectura de *La muerte de Iván Ilitch* muestra como el autor aborda con un lenguaje literario, los aspectos técnicos y humanísticos relacionados con la práctica de la Medicina<sup>2,3</sup>. El objetivo de este estudio fue demostrar los beneficios de incluir la lectura y reflexión de esta obra en estudiantes de Medicina que inician sus actividades clínicas.

## Material y métodos

Investigación cualitativa de tipo acción participativa que se realizó entre febrero y julio de 2010, en 50 estudiantes de sexto semestre de la Carrera de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina del Centro Universitario Sao Camilo, Sao Paulo, Brasil. Durante el desarrollo del estudio, los alumnos rotaban por la asignatura de Medicina Clínica de la Familia; las actividades en esta clínica se realizan en sesiones semanales en grupos de seis a siete estudiantes bajo la supervisión del profesor.

**Intervención:** a los estudiantes se les pidió que leyeran el libro *La muerte de Iván Ilitch* de Liev Nikoláievich Tolstoi y pusieran especial atención en los temas humanísticos que tuvieran un significado especial para ellos. También se les solicitó realizar en casa ejercicios de escritura reflexiva, haciendo hincapié en el impacto de la lectura en los siguientes temas: relación médico-paciente, la muerte y el morir y temas relacionados con la práctica de la Medicina. Además de presentar tres posibles hipótesis sobre el diagnóstico de la enfermedad que causó la muerte de Iván Ilitch, se preparó una breve presentación de su hipótesis diagnóstica. Después de realizar sus actividades clínicas, los estudiantes tuvieron la oportunidad de compartir la experiencia, sentimientos, opiniones y preocupaciones suscitadas en los ejercicios de escritura reflexiva, esta actividad complementaria fue supervisada por un profesor regular del curso<sup>4</sup>. Los datos fueron recolectados a partir de dos fuentes: notas de los participantes que durante el proceso señalaron cuestiones relevantes y textos compuestos por los alumnos en los ejercicios de escritura reflexiva. Los datos fueron analizados mediante la aplicación de las técnicas de inmersión-cristalización<sup>5,6</sup>.

## Resultados

Se identificaron cuatro ejes temáticos representados con frases personales o textos que llamaron la atención de los estudiantes:

### 1. Necesidad de combinar los conocimientos técnicos y humanísticos.

*“Iván Ilitch se refería a una sola cosa: ¿Mi enfermedad es grave? ¿Me voy a morir? Pero el médico ignora cuestiones considerándolas totalmente inadecuadas”.*

Todos los textos sobre la fisiopatología de las enfermedades fueron similares, pero cada individuo que experimenta su enfermedad tiene una historia distinta e insustituible. Es necesario que los médicos puedan leer y entender este texto personal si quieren tener una mayor eficacia en sus acciones. La empatía nos ayuda a reconocer las necesidades reales de los pacientes.

*“La vida de Iván Ilitch no tenía importancia. El médico se centraba únicamente en qué órgano estaba afectado”.*

La buena práctica de la Medicina requiere de la correcta aplicación de los conceptos de la Medicina basada en evidencia en un contexto individual. De nada sirve conocer el mejor manejo de una enfermedad en particular, si el paciente no toma los medicamentos porque está deprimido o tiene un sistema de creencias que le impide cumplir con el tratamiento; es necesario un equilibrio entre la técnica y la humanística.

*“Nos ha entusiasmado el estudiar para formular hipótesis diagnósticas acerca de la enfermedad que afectó a Iván Ilitch. Sorprendentemente, la obra literaria nos ha ayudado a mejorar nuestros conocimientos técnicos”.*

La adquisición de conocimientos técnicos, a veces, es difícil y atractiva. El uso de los recursos que despiertan la curiosidad de los estudiantes, y el animarlos a buscar nuevos conocimientos puede conducir a resultados inesperados.

### 2. Paralelismos con la vida real.

*“A pesar de que su esposa y su hija escondían sus sentimientos,, Iván se dio cuenta de que era un obstáculo en sus vidas”.*

Al principio de su actividad clínica, los estudiantes percibieron que era común que los pacientes ocultaran sus sentimientos, ya que trataban de proteger a sus familias. A menudo se habla por separado con los miembros de la familia del paciente; la situación se dilucida y las posibles intervenciones para aliviar el sufrimiento del paciente se pueden efectuar con mayor facilidad cuando la familia y los miembros del equipo de salud par-

ticipan en el proceso.

*“Por estar enfermo Iván se sentía solo e incomprensible. A veces se sentía culpable de perturbar la vida de los otros”.*

Los maestros de la literatura suelen mostrar una gran penetración en la naturaleza humana por medio de la reflexión acerca de los personajes literarios, y con los temas se adquiere una mejor comprensión de los pacientes y situaciones de la vida real.

### **3. Paralelismos con la vida real.**

**La clarificación de las situaciones difíciles. Oportunidades de reflexionar sobre el dolor, el sufrimiento y la muerte.**

*“Los procedimientos simples pueden mejorar considerablemente la vida del paciente. Usted debe tener un mínimo de sensibilidad y la voluntad de detectar las necesidades reales del paciente”.*

La reflexión de las narraciones literarias muestran que la compasión y la empatía son cualidades esenciales para la buena práctica médica, las cuales permiten percatarse de que a veces los pacientes no requieren de intervenciones complejas, sino de simples acciones tomadas por los médicos que trabajan con buena voluntad.

**4. Oportunidad de reflexionar sobre el dolor, el sufrimiento y la muerte.**

*“Iván vio que estaba languideciendo y perdió toda esperanza. En lo profundo de su alma sabía que estaba muriendo, pero no podía aceptar ni entender esta idea”.*

Por lo general, los estudiantes de Medicina no aprenden de manera fácil el manejo de los sentimientos que surgen en el cuidado de los pacientes graves o terminales. En su lugar, se les aconseja no participar para mantener una distancia cómoda. Cuando comienzan a darse cuenta de esta actitud no funciona tan bien como quisieran, comienzan a anhelar nuevos enfoques. La reflexión de los textos literarios puede ayudar a sobrellevar el dolor, el sufrimiento y la muerte de una manera más natural, como los eventos que forman parte de la vida, sin perder la actitud respetuosa en relación con estas cuestiones.

## **Discusión**

El modelo biomecánico de la enseñanza y la práctica de la Medicina actual se centra en la especialización y la fragmentación. De hecho, este modelo comenzó a desarrollarse en la Ilustración durante los siglos XVI y XVII, y cobró impulso a través del establecimiento de la visión positivista

del paradigma cartesiano- newtoniano en diferentes campos del conocimiento<sup>7</sup>. La idea de que todos los problemas médicos tienen o tendrán a corto plazo una solución, producto de los recientes avances de la ciencia y la tecnología, se difunde constantemente, tal situación significa, para los que no son médicos, poner toda su esperanza en este modelo de práctica médica<sup>8</sup>.

En la actualidad, la actividad clínica se rige por los principios de la Medicina basada en evidencias en la que la historia del paciente se convierte en una pregunta cuya respuesta provendrá de la evidencia clínica. Se sabe que la mejor información procede de los ensayos aleatorios o de cohortes aplicadas a las poblaciones. Sin embargo, en la práctica clínica, la atención a pacientes desde una óptica individual se encuentra llena de matices que van más allá del contexto de los estudios aleatorios<sup>9</sup>. En situaciones en las que el conocimiento científico y la tecnología parecen ser limitados para ofrecer soluciones-como sería el caso de enfermedades incurables-está claro que este modelo es necesario, pero no suficiente para satisfacer las necesidades de los médicos, pacientes, familias y estudiantes de Medicina. Es sorprendente darse cuenta que los defectos y las limitaciones del modelo biomecánico comenzaron a ser delineados por autores con Tolstoi, como se muestran en el libro *La muerte de Iván Ilitch*, muchos años antes de que los médicos, investigadores y educadores se manifestaran sobre este complejo problema. Por ejemplo, Fiódor Dostoievski<sup>10</sup> en *Los hermanos Karamazov* hace referencia a una forma sarcástica del médico especialista quien fue llamado a la ciudad para una consulta con uno de los personajes de la novela, diciendo que después e un tiempo consultaban a un experto de la fosa nasal derecha y mientras que la izquierda no será atendida.

186

Una de las conclusiones presentes en la práctica médica actual es que los médicos y los pacientes no están plenamente satisfechos porque sienten que les falta algo. Tan vez esta visión de las partes ha borrado al ser humano en todas sus dimensiones, al asignar un enfoque unilateral por efectos del hipertrofiado uso de las tecnología, la cual en muchas ocasiones ha eclipsado la necesidad de que el cultivo de la buena relación médico-paciente es y será la base de la buena práctica médica. El establecimiento de una buena relación médico-paciente es fundamental, ya que permite adecuar la evidencia científica obtenida en los estudios de base poblacional con e contexto individual. Por otro lado, en situaciones en las que la tecnología, ya no es capaz de ofrecer soluciones, se exhiben un sentido de impotencia y frustración, con los que los profesionales de la salud han demostrado gran dificultad para salir adelante. No es extraño que los pacientes verbalicen estas cuestiones con la denuncia de la deshumanización de la práctica médica<sup>11,12</sup>.

## Conclusiones

La base para el uso de la narrativa y la literatura sobre los escenarios de la enseñanza y la práctica de la Medicina están consolidados y se puede encontrar examinando la vasta literatura sobre el tema y los planes de estudio de la mayoría de las escuelas de Medicina de América del Norte y Europa. El hecho es que la Medicina y la literatura tienen una larga historia en común. Los autores de ficción, no médicos, han tomado posesión de los temas comunes relacionados con la práctica de la Medicina para la construcción de sus obras. Por otro lado, son incontables los médicos capaces de leer y entender completamente las sutilezas de la condición humana, y a la postre se han convertido en conocidos autores literarios.

Los relatos reales o ficticios, se utilizan de acuerdo con la metodología empleada en esta investigación, pueden dar resultados que representen un puente entre la tecnología y el mundo interior de los seres humanos que pueblan el campo de la Medicina: pacientes, médicos, profesores y estudiantes de Medicina. Este vasto mundo interior puede recorrerse mediante el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente y alumno-maestro. Para la práctica y enseñanza de la Medicina en toda su magnitud, es decir, como ciencia y como arte, es necesario moverse libremente a través de este puente<sup>8</sup>.

187

## Bibliografía

1. Tolstoi L. *A Morte de Ivan Ilitch*. Sao Paulo: Editora Martín Claret; 2001.
2. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Assistência Hospitalar. Brasil 2011. Disponible en: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
3. Gottlieb J. *Service Learning and COPC-Predoctoral-Residency Training, Department of Family Medicine, University of Medicine & Dentistry of New Jersey-Robert Wood Johnson Medical School*. June 2003. Disponible en: [http://depts.washington.edu/ccph/pdf\\_files/Chº/206.pdf](http://depts.washington.edu/ccph/pdf_files/Chº/206.pdf)
4. Bolton G. *Stories at work: reflective writing for practitioners*. Lancet. 1999; 354(9174):243-5.
5. Bogdewic SP. Participant Observation in: Miller WI, Crabtree BF editores. *Doing Qualitative REsearch*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
6. Borkan J. Inmersion / Crystallization in: Miller WC, Crabtree BF editores. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999
7. Bastos LAM. *Corpo e subjetividades na Medicina: impasses e paradoxos*. Río de Janeiro: EditoraUFRI; 2001.
8. De Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. *Even a little magic*. Canadian Family Physician. 2008; 54:1146-1147.
9. Sweeney KG, MacAuley D, Gray DP. *Personal significance the third dimensión*.

The Lancet. 1998; 351:134-36.

10. **Dostoiévski F.** *Os Irmaos Karamázov*. Sao Paulo: Editora 34; 2009.

11. **Heewell JA.** *A shave, a chat, and a Bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice.* Can Fam Physician. 1999; 45:859-61.

12. **Greenhalgh T, Hurwitz B.** *Narrative Based Medicine: narrative based medicine in an evidence based world.* BMJ. 1999; 318(7179): 323-25.

## EDUCAR LAS EMOCIONES PARA PROMOVER LA FORMACIÓN ÉTICA

### ***Pablo González-Blasco***

Doctor en Medicina. Director científico del Instituto SOBRAMFA, Educación Médica y Humanismo, Brasil

### ***Graziela Moreto***

Médico. Doctoranda en Medicina. Directora Internacional, SOBRAMFA, Educación Médica y Humanismo, Brasil

### ***Marco Aurelio Janaudis***

Doctor en Medicina. Secretario General, Instituto SOBRAMFA, Educación Médica y Humanismo, Brasil

### ***María Auxiliadora de Benedetto***

Médico. Doctora en Medicina. Directora de Publicaciones, SOBRAMFA, Educación Médica y Humanismo, Brasil

### ***María Teresa Delgado-Marroquín***

Doctora en Medicina. Profesora Asociada, Universidad de Zaragoza, España

### ***Rogelio Altisent***

Doctor en Medicina. Director Académico de la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica, Universidad de Zaragoza, España

189

## Enseñar ética: un desafío que requiere creatividad

La medicina es, simultáneamente, ciencia y arte. Esta situación clásica asume hoy especial relevancia quizá porque se quiere suplir, a base de insistir en el concepto, lo que en la práctica no es tan fácil vivir. El clamor por la ética y por el humanismo médico que diariamente escuchamos recuerda lo que Ortega y Gasset anotaba sobre el ideal que se busca con empeño: un dolor que se siente en el miembro que no se tiene, que nos hace percibir nuestra imperfección y rodar en busca de lo que nos falta (1). La carencia ética en la actuación médica es como el dolor del miembro fantasma: algo que se ha amputado, y que urge recuperar.

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 ética y, como consecuencia, un desarrollo insuficiente del moderno profesionalismo. Tenemos, como resultado, un médico partido por la mitad: un “mecánico de personas” (2). La ciencia y el arte de la medicina están unidos de modo inseparable, ambas son condiciones necesarias pero no suficientes por sí mismas. Una comparación, quizá poco elegante pero muy gráfica, la asemeja a un conocido producto de confitería: el “brazo gitano” -el *Rocambole*, como lo denominan en otras lenguas latinas-, donde no es posible separar las diferentes capas. Cuando se corta, viene todo junto: el bizcocho y el relleno. Y el sabor peculiar resulta justamente de la unión inseparable, no de la suma de ingredientes.

La primera cuestión, más que con una respuesta, se aborda con una explicación. 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 el período de formación en la escuela de medicina y de especialización es limitado. Como bien advertía Ortega y Gasset hace más de ochenta años (3), la Universidad tiene que 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, igual que un cuerpo dentro de un fluido desplaza el líquido, como postula Arquímedes.

Las circunstancias actuales, de vertiginoso progreso técnico, exigen ampliar proporcionalmente el ámbito del humanismo médico y encontrar un nuevo punto de equilibrio adaptado a nuestros días. El humanismo que hoy se necesita es un humanismo moderno -con cara de siglo XXI en las formas, sin omitir la densidad antropológica de fondo-. Quizá tenemos que admitir que hoy se torna necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que en épocas pasadas el médico que no era humanista -que no entendía al enfermo, y no se hacía entender por él- no tenía posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tan poderosa y abundante, que no es difícil camuflarse con ella para suplir las deficiencias humanas. ¿Cómo construir este nuevo enfoque sin reimprimir de modo ingenuo humanismos de tiempos pasados con aroma de naftalina? Porque es justamente aquí donde han fallado algunos intentos de humanización que, casi espasmódicamente y como sacudiéndose el exceso de técnica que empalaga, proponen reeditar un humanismo de otras épocas. Son como clamores de añoranza que no corresponden -ni se pueden encajar- en la mentalidad actual.

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 sinfónico 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 intuición que la intuición profesional revela. En esto consiste el nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita (4).

La segunda pregunta es directa y desafiante: ¿está funcionando el modo de enseñar la Bioética? ¿Las iniciativas educativas en este campo son realmente eficaces? 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, o mejor, al provecho que es posible apreciar cuando se incorporan esos contenidos. Y, pro eso, vale preguntarse: ¿cómo surgen los dilemas de la ética cotidiana? Sin duda, cuando nos encontramos delante del paciente. Es la vida misma, la práctica asistencial clínica, la que nos desafía con los interrogantes éticos. Es esa justamente la ocasión perfecta y real donde la formación bioética podría “cuajar” e incorporarse al buen hacer médico. Las clases magistrales y la Bioética teórica se muestran claramente insuficientes (5).

La enseñanza de la Bioética, para ser atractiva, debería tener una estrecha relación con los interrogantes que la vida de médico - o de estudiante de medicina- nos pone diariamente. La formación ética sería así el recurso necesario para que la acción médica, en respuesta a esos dilemas, esté impregnada de esa dimensión esencial que hace del médico un profesional humanista. Y esto, lo sabemos por experiencia, no siempre ocurre en la enseñanza de esta disciplina.

¿Por qué esta dificultad práctica? ¿Quizá porque los especialistas en Bioética se centran en un mundo dramático e ignoran los problemas cotidianos, tal vez “de poca monta”, pero que son los que producen perplejidad en los primeros años de ejercicio médico? Restringir la enseñanza de la Bioética a casos especialmente difíciles, que se presentan en la vida del médico común muy de vez en cuando, es desperdiciar la oportunidad de aprender la ética del día a día, de lo cotidiano (6). Sería inútil analizar la ética del fin de la vida -eutanasia y variaciones sobre el tema- si no se comenta, de modo franco, la ética de la vida, de los “buenos días”, del

“saber sonreír”, y de cómo “conquistar la confianza del enfermo”, por ejemplo, para hablar abiertamente sobre las voluntades anticipadas. Esa ética, que se mezcla con la decisión clínica, con la opción terapéutica, con el trato afable con el enfermo y su familia es la resulta verdaderamente atractiva -¡y necesaria!- para los médicos en formación.

Mientras la Bioética sea una disciplina que corra en paralelo al resto de las ciencias médicas con intersecciones solo en momentos de graves dilemas, viviremos la frustración de formar médicos que contemplan la ética como algo propio de circunstancias estelares, reservado a expertos que descienden como profetas para decirles lo que está bien y lo que está mal. Se le podrá dedicar más tiempo a la asignatura, hacerla obligatoria, pero no dejará de ser algo yuxtapuesto si no encuentra el modo de que impregne capilarmente toda la formación médica. El objetivo es embeber la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuo, práctico, accesible y, muy importante, atrayente (7).

Enseñar bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que señalan las leyes, para hacer por el enfermo todo el bien que nos resulta posible, lógicamente respetando su autonomía. La Bioética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para desempeñar mejor la función de médico. “El deber que se nos exige es solo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Marañón (8).

192

Este es el modelo ético 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.

Este modelo de actuación depende del sujeto, del médico que actúa en la práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas haciendo de la ética algo personal que incide sobre el modo de cuidar al enfermo. Su baremo no se agota en no cometer infracciones sino que persigue el deseo de ayudar lo mejor posible. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “bien hacer médico” (9). Enseñar Bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata tanto de construir códigos de conducta como de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar con prudencia las decisiones que se deben tomar (10).

Es evidente la creatividad y la gran responsabilidad que la formación en

Bioética entraña. Requiere prudencia, ponderación, verdadera sabiduría. Y en el fondo, este es el único medio de responder a los cuestionamientos prácticos que la vida le coloca en lo cotidiano. No es temerario concluir que una Bioética centrada en la persona exige un compromiso del médico que la abraza como modelo, porque depende directamente de un estándar de vida virtuoso que rige toda la actuación profesional. Difícilmente sabrá decidir con sabiduría quien no se esfuerce por ser virtuoso, pues la sabiduría es ciencia del corazón y no sencilla teoría. Es verdad que se puede actuar correctamente, observando los principios éticos y deontológicos, sin querer ir más lejos. Pero esta postura “aséptica” encierra la peor de la virulencias: la omisión, “dejar de hacer todo el bien que se podría hacer”. Para quien tiene el privilegio de trabajar con la vida humana la omisión puede ser la peor de las faltas.

Visto lo anterior podríamos preguntarnos, ¿cómo se enseña y se promueve este modelo ético? ¿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. Las “historias de las abuelas” -comentaba alguien acertadamente- son una escuela formidable de ética. Y sabemos por experiencia que es así.

¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? La afectividad humana nos abre un panorama que merece una reflexión aparte.

193

## Emociones y ética

Un pensador contemporáneo nos ofrece una importante sugerencia de cómo las emociones influyen en el actuar ético.

Se es más fiel no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu. Lo verdaderamente espiritual tiene más afinidades con lo sensible que con lo intelectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo (...) *Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse.* Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede recriminar a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro, lo absurdo a lo vivo (11).

La afectividad tiene una estrecha relación con la vida virtuosa del médico humanista.

“Las virtudes son disposiciones no solo para actuar de manera particular, sino para sentir de manera particular. Actuar virtuosamente no es actuar contra la inclinación; sino actuar a partir de una inclinación formada por el cultivo de las virtudes. La educación moral es una *education sentimentale*” (12).

Ortega y Gasset nos advierte que “el hombre hace la técnica, pero al hombre lo hace el entusiasmo. Si el brazo mueve a su extremo el utensilio, no se olvide que, puesto a su otro extremo, mueve al brazo un corazón” (1). No se puede prescindir de las emociones, del entusiasmo, de la afectividad que os motiva.

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.

194

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 Retegui (13), 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, 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 entender 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 (13) nos ofrece una explicación oportuna. Educar a través de la estética no es pretender anclar 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 tenga auténtico fundamento.

¿Cómo se trabajan las emociones en este contexto? Hay que recordar que la cultura griega, en la medieval y renacentista el medio principal de educación moral era contar historias (12). 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 de 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 un 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 ignoradas- 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 sabotearlos. 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 equivoco. 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 efectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro (14).

196

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 se 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 Sentimental (15).

Las humanidades incorporadas en el proceso formativo académico, constituyen un importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional, que es justamente la que el paciente mejor nota, y sobre la que hacer 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 sufrimiento (16). Para trabajar con estas realidades las humanidades ayudan y, sobre todo, educan. Ya decía 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.

Emociones que se educan cuando se frecuentan las humanidades. Emo-

ciones 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.

## **Emociones y empatía: un camino para mejorar la comunicación**

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.

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 terapéutica (17). 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 comunicación (18). Otros autores la definen como habilidad comportamental, basada en la dimensión afectiva y cognitiva simultáneamente (19). Otros la sitúan en el registro afectivo como capacidad de percibir las vivencias y los sentimientos del paciente.

197

Apurando todavía más el concepto de empatía se advierte la necesidad de distinguir entre empatía y simpatía (20). La simpatía incluye de manera exclusiva atributos afectivos y emocionales, mientras que la empatía conservaría la vertiente cognitiva y afectiva simultáneamente. El médico simpático corre el riesgo de dejarse influenciar por su propia emotividad, comprometiendo la actuación profesional. El médico empático comparte comprensión, mientras que el simpático comparte solo emociones (21). La empatía sintoniza con la calidad del sufrimiento y de la experiencia del enfermo, mientras que la simpatía lo hace solamente con la cantidad y grado de las emociones. La mayoría de los autores coinciden en la dificultad que supone separar los atributos cognitivos de los emotivos, pero lo que es consenso es que para desarrollar ambos componentes y mantener viva la empatía es necesario evitar el exceso de preocupación consigo mismo. Quien está centrado en sus propios problemas no consigue ayudar a otro eficazmente (22).

La empatía puede constituirse como un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo: un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducidos en cuidado eficaz del paciente. Y la cuestión que se origina aquí no es tanto desmenuzar los atributos de la empatía -afectivos o cognitivos- como saber si esta es calidad

que se puede enseñar o es algo innato. ¿Nacemos con capacidad fija de empatía o podemos aprender a ser empáticos? ¿Es una calidad susceptible de modificaciones?

Estudios recientes demuestran el deterioro que la empatía sufre durante los años de formación médica. 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 (23,24,25). 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 empatía (26), desgasta el ideal (27) y apunta la necesidad de una educación afectiva (28) para conservar la empatía durante los años de formación médica.

Otros estudios demuestran que durante la formación de diversos profesionales de salud la empatía sufre cambios positivos o negativos, por ejemplo, el empobrecimiento que se observa al aplicar la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) entre estudiantes de medicina del tercer año, con puntuaciones más bajas que los de segundo (29); o entre estudiantes del mismo año, mostrando una erosión de la empatía a lo largo del curso (30).

198

Otros estudios demuestran para evaluar la empatía, aunque son de alcance ilimitado, pues la investigación es todavía escasa. Así escalas como la Interpersonal Reactivity Index desarrollada por Davis (31). The Hogan Empathy Scale (32) y la Emotional Empathy de Mehrabian e Epstein (33). Concretamente para el contexto del cuidado del enfermo y la educación médica se viene utilizando la Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) (34). Estas herramientas de evaluación distan de ser perfectas, tienen ventajas y desventajas. Así, la escala de Davis evalúa de modo multidimensional, abordando aspectos cognitivos y afectivos. La escala de Jefferson se dirige específicamente a los profesionales de la salud, pero no contempla la dimensión afectiva de la empatía.

De cualquier modo, lo que está claro es que el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Intervenir en este proceso consistiría más que en enseñar cosas nuevas -“enseñar a ser empático”- en prevenir su pérdida. Las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla; algo análogo a lo que se practica en prevención en salud: todo el mundo envejece, pero se puede hacerlo de muchas maneras, unas más saludables que otras.

Pensar en estrategias educativas en tema tan delicado invoca el recuerdo de un estudio singular publicado hace más de 25 años (35), 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 enfermo inspirándole confianza. 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 justamente figuran 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 (36,37), 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 razonamiento (38). Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática (39,40,41).

199

Estos nuevos datos plantean otro problema: ¿es la empatía algo que realmente se aprende, o se trata de una sencilla limitación inconsciente? ¿Habría siempre que pasar por experiencias propias de enfermedad -o de seres queridos enfermos- para crecer en empatía? Esta situación es conocidamente eficaz como elemento formador, pero ¿es el único modo? 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 aprendizaje 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 futuro (42)

El ejemplo que promueve la empatía puede venir también de 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 tradicionales” (43). Volveremos sobre el tema más adelante.

Finalmente, vale anotar que los programas educativos dirigidos a pro-

mover la empatía son todavía escasos y de resultados poco alentadores (44). Y aquí cabe una reflexión tejida alrededor de la notable publicación de una autoridad consagrada en la materia (45). Por decirlo con pocas palabras, que no dispensan la lectura del original: es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando. 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 docente -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, un 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.

Es un ejemplo claro de que, aun con buena voluntad, cuando se utilizan solamente los recursos que se conocen y que se saben manejar -la técnica-, y se omiten otros -la empatía- que tendrían una función esencial, el resultado es insatisfactorio. 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 promocionar la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

200

## **Las narrativas: proyectar y trabajar las propias emociones**

Los dilemas éticos que surgen en la práctica médica diaria no siempre se resuelven satisfactoriamente con principios preestablecidos y con los códigos deontológicos. 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 invisibles (46).

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 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 al paciente de que está fuera de posibilidades terapéuticas, la transmisión de noticias que puede 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 torturadora” (47). 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 cotidiana (48). Se hace necesario buscar alternativas.

La ética 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 convierten en importante recurso para el entendimiento de las cuestiones éticas. Y la contribución de la narrativa para la ética 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 contarlas(49).

Desde hace más de cinco décadas existe un movimiento médico que busca trascender el modelo biomecánico para llegar a un modelo biopsico-social y espiritual. Es el método centrado en la persona, no en la enfermedad (50). 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 porque 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.

Desde 1970 las escuelas de medicina americanas utilizan textos literarios en los currículos para fomentar la discusión ética (51). 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 comentados (45), 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 día (52).

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 (53,54) y encuentra, muchas veces por sí mismo, las soluciones que no conseguía

vislumbrar cuando se sentía solitario, cercado por sus problemas (55).

Saber escuchar es arte que necesita ser practicado con tenacidad. Las historias de los pacientes son más que una enumeración de eventos contados de modo lineal, como ocurre con los síntomas de la enfermedad. Las historias están saturadas de emoción, de sentimientos, y solicitan una interpretación (56). Una misma historia puede ser contada y comprendida de forma diferente por distintas personas (57).

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 en entendimiento amplio del enfermo, pues se combina el conocimiento biomédico con la dimensión personalista que la historia conlleva (58). Cuando se trata de pacientes terminales, y se 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 éticas se abordan con mayor lucidez y eficacia (59).

El efecto benéfico de las narrativas se produce 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 ético (60).

202

## **Educar con cine y música: emociones en una cultura del espectáculo**

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del educando: la cultura del espectáculo(61). 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 los teléfonos móviles, iPad, Tablet, durante las clases y en los momentos más inverosímiles, donde los estudiantes buscan información, actualizan sus redes sociales, se comunican.

En la “cultura del espectáculo” lo sensorial es potenciado porque alcanza directamente al espectador provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto”, y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Las emociones derivan de los significantes, sin necesidad de entender los significados, el contenido conceptual. Las respuestas racionales -“estoy de acuerdo o no estoy”- se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que el espectáculo despierta.

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. El umbral de la sinfonía con el estudiante parece estar hoy constituido por emoción e imagen, y quien vive acostumbrado a guiarse por el sentimiento -emociones provocadas por imágenes externas o internas- difícilmente aceptará el razonamiento lógico y la imagen no le facilitan el camino.

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 éstos 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 insertado en una cultura moderna.

¿Cómo se opera la metamorfosis del concepto en algo concreto, sensible, al gusto del consumidor universitario actual? Contar historias es uno de los modos posibles. En una cultura del espectáculo, saturada de imágenes, emoción e intuición, lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo que nos afecta y se traduce en imágenes. Un terreno fértil que abre posibilidades educativas para dos recursos que encajan en “la cultura del espectáculo”: el cine y la música.

Nuestras experiencias educativas con el cine han sido ya ampliamente comentadas en esta revista (62) y en otras publicaciones (63,64,65). El cine, despertados de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura del espectáculo.

De modo breve se podría añadir que las discusiones que surgen al con-

tacto con las películas crean un espacio propicio -formal y espontáneo- para una libre discusión de las expectativas, los dilemas y las motivaciones del educando. El cine permite una percepción más clara de su mundo afectivo y se promueve la reflexión. Educar con el cine provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, ampararlas en discusión abierta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

Las experiencias educativas que hemos desarrollado con la música (66), que también se encuadran en la cultura del espectáculo, son de inicio más reciente pero novedoso, pues no es un recurso habitualmente utilizado en la educación médica.

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 también (67). 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, incorpora (68).

204

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. 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 minutos (69). Esto permite introducir cuestiones que, abordadas teóricamente, requerirían mucho tiempo: compasión, tristeza, pérdida, cuidado, dignidad. Es un verdadero atajo para provocar emociones.

Estas sugestivas características han guiado nuestras experiencias educativas con la música. Particularmente con música popular, con canciones. La canción es la atractiva simbiosis que resulta de la relación entre la letra y la melodía, y es la melodía la que refuerza el contenido de la letra, produciendo un impacto emotivo peculiar (70). 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.

De repente caí en la cuenta: “¿qué es lo que estoy haciendo aquí, en la

facultad?”. A mí lo que me gusta es el contacto con las personas... Estoy olvidándolo, volviéndome un teórico. Esto de la música me ha hecho pensar, preguntarme por qué quiero ser médico (comentario de un alumno).

Surgen también las cuestiones vitales, la relación con la familia, el futuro, en fin, los dilemas que todos los jóvenes se plantean y que difícilmente encuentran un espacio formal para discutirse.

Pienso en mi familia, en lo mucho que dejo de verlos. Es como si la vida se me escapase, y cuando me dé cuenta será tarde. Y aquí, en la Facultad, yo que pensaba encontrarme con personas cultas, bien orientadas, y solo veo gente obsesionada con técnica, como si lo humano le sobrase. Y la gente pierde tiempo con la TV, con la Internet, y no leen nada. Una decepción. Menos mal que esta clase con la música me da esperanza (comentario de un alumno).

Y nota que está siendo educado, que lo que aprende con esta experiencia lo construye como médico.

Y después, comentando con los amigos, lo que me pasó aquí en la clase. Las emociones, todo eso. Y veo que con ellos fue igual: “sí -me dijeron- te hace pensar, reflexionar”. Menos mal, no me pasó solo a mí (comentario de un alumno).

Lo que nos pasa es que, con la dificultades, los ojos se cansan de ver. La reflexión con la música nos ayuda a notar los detalles. Es algo diferente: nos pasamos la vida escuchando música, pero no de este modo, reflexionando, relacionándolo con nuestra vida, pensando en nuestras experiencias (comentario de un alumno).

205

Los resultados que la experiencia con la música nos brinda tienen un amplio espectro de posibilidades educativas. La metáfora de las canciones es fácilmente transportada a la vida cotidiana y favorece la resonancia de la esencia humana. Facilita el diálogo entre profesores y alumnos de modo abierto, con espacio para que los dilemas éticos se expresen de modo franco y sincero.

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 ético.

## ¿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, específicamente 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* (71). 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 luces 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 Maraión 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 profesión” (8).

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 vigorosamente. 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. 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.

208

## Bibliografía

1. Ortega y Gasset. *Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América*. Madrid: Revista de Occidente; 1981.
2. Blasco PG. *O médico de família, hoje*. São Paulo: Sobramfa; 1997.
3. Ortega y Gasset J. *Misión de la universidad*. Madrid: Revista de Occidente. Alianza Editorial; 1997.
4. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. Atención Primaria 2006;38(4):225-229.
5. Altisent R. *Entrevista en Diario Médico*. Madrid, 1-IX-2008.
6. Santos C, Delgado MT, Suberviola V. *La ética de las pequeñas decisiones*. Aten Primaria 2008;40(supl1):9.
7. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. *Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil*. Persona y Bioética 2008;12(31):133-144.

8. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
9. **Mendel D.** *Proper Doctoring*. 1984. Ed española: *El buen hacer médico*. Pamplona: Eunsa; 1991.
10. **Ruiz-Calderón FJMS.** *Los principios de la bioética*. Cuadernos de Bioética, 12. Santiago de Compostela; 1992.
11. **Thibon G.** *Una mirada ciega hacia la luz*. Barcelona: Belacqua; 2005.
12. **Macintyre A.** *After virtue*. Liverpool: Duckworth; 1981.
13. **Ruiz Retegui A.** *Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología Cristiana*. Madrid: Rialp; 1999.
14. **Sierra, A.** *La afectividad: eslabón perdido de la educación*. Pamplona: Eunsa-Universidad de La Sabana; 2008.
15. **Marías J.** *La educación sentimental*. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
16. **Calman KC.** *Literature in the education of the doctor*. Lancet 1997;350:1622-24.
17. **Hojat M.** *Empathy in Patient Care*. Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York: Springer; 2007.
18. **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.
19. **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.
20. **Stephan WG, Finlay KA.** The role of empathy in improving inter-group relations. J Soc Issues 1999;55:729-743.
21. **Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS.** *Sympathy, empathy, and physician resource utilization*. J Gen Intern Med 1991;6:420-423. 23. **Aderman D, Berkowitz L.** Self-concern and the unwillingness to be helpful. Soc Psychol Q 1983;46:293-301. *Educar las emociones para promover la formación ética* • **Pablo González-Blasco, Graziela Moreto, y otros.**
24. **Kay J.** *Traumatic deidealization and future of medicine*. JAMA 1990;263:572-573.
25. **Silver HK, Glick AD.** *Medical student abuse: Incidence, severity, and significance*. JAMA 1990;263:527-532.
26. **Authier J.** *Showing warmth and empathy*. In: Hargie O, ed. *A Handbook of Communication Skills*. London: Croom Helm; 1986. p. 441-465.
27. **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.
28. **Edwards MT, Zimet CN.** *Problems and concerns among medical students*. J Med Educ 1976;51:619-625.

28. Kumagai AK. *A conceptual framework for the use of illness narrative in medical education*. Acad Med 2008;83:653-658.
29. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. *A cross-sectional measurement of medical student empathy*. J Gen Intern Med 2007; 22: 1424-1438.
30. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. *An empirical study of decline in empathy in medical school*. Med Educ 2004;38:934-941.
31. Davis MH. *Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional approach*. J Pers Soc Psychol 1983; 44: 113-126.
32. Hogan R. *Development of an empathy scale*. J Consult Clin Psychol 1969; 33: 307-316.
33. Mehrabian A, Epstein NA. *A measure of emotional empathy*. J Pers 1972; 40:525-543.
34. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. *The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data*. Educational and Psychological Measurement 2001;61:349-365.
35. Sade R, Stroud M, Levine J, Fleming G. *Criteria for Selection of Future Physicians*. Annals of Surgery 1985;201:225-230.
36. Decety J, Jackson P. *A social-neuroscience perspective on empathy*. Curr Dir Psychol Sci 2006; 15: 54-8.
37. Gallese V. *The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of inter subjectivity*. Psychopathology 2003; 36: 171-80.
38. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quell che fai: il cervello che agisce e l neuroni specchio*. Milano: Cortina R ed; 2006.
39. Decety J, Jackson PL. *The functional architecture of human empathy*. Behav Cogn Neurosci 2004; 3:71-100.
40. Wicker B, Keysers C, Plailly J, Royet JP, Gallese V, Rizzolatti G. *Both of us are disgusted inmy insula: the common neural basis of seeing and seeking disgust*. Neuron 2003;40:644-55.
41. 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.
42. 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.
43. Larson EB, Yao X. *Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship*. JAMA 2005; 293 (9): 1100- 1106.
44. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. *From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical*

education. Acad Med 2007;82:1079-1088.

45. 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.

46. Nicolas B, Gillett G. *Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics*. Journal of Medical Ethics 1997;23:295-299.

47. Bauby JD. *The diving bell and the butterfly*. New York: Alfred A. Knop; 1997.

48. Schultz DS, Flasher LV, Charles Taylor. *Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in illness Narrative*. Journal of Medicine and Philosophy 2011;36:394-409.

49. Jones AH. *Narrative in medical ethics*. BMJ 1999;318:253.

50. Stange K, Miller WL, McWhinney I. *Developing the Knowledge Base of Family Practice*. Fam Med 2001;33(4):286-97.

51. Charon R. *Literature and Medicine: Origins and Destinies*. Acad Med 2002;75(1):23-27.

52. Shapiro J. *Writing Rings around Death*. [Visitado feb. 2012]. Disponible en: <http://www.litsite.org/index.cfm?section=NarrativeandHealing&page=Perspectives&viewpost=2&ContentId=989>

53. Carroll R. *Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry*. Evidence-based Complementary and Alternative Medicine 2005;2(2):161-172.

54. 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: 1304-1309.

55. Shapiro J, Ross V. *Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine*. Fam Med 2002; 32 (2): 96-100.

56. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative Based Medicine: why study narrative?* BMJ 1999;318(7175):48-50.

57. De Benedetto MAC, Blasco PG, Castro AG de, Carvalho, E de. *Once upon a time... at the Tenth Sobramfa International and Academic Meeting*. São Paulo. J Learn Arts 2006;2(1):7. [Visitado feb. 2012]. Disponible en: <http://repositories.cdlib.org/clta/lta/vol2/iss1/art7>

58. Kumagai AK. *A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education*. Acad Med 2008; 83 (7):653-658.

59. 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.

60. Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. *Even a little magic*. Can Fam Physician 2008;54:1146-1147.

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

62. 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;13:114-127.

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

64. 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 (10):566-72.

65. 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.

66. Janaudis MA, Blasco PG, Angelo M, Lotufo PA. *Nos bailes da vida: a Música facilitando a Reflexão na Educação Médica.* RBM. Revista Brasileira de Medicina 2011; 68: 7-14.

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

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

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

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

71. *Marvin's Room.* Escena situada en el metraje 1h:33 min-1h:34 min; 1996.

# REFLEXIONES SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA EMPATÍA Y LA EDUCACIÓN MÉDICA

## ***Graziela Moreto***

Médico familiar; directora de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo.

## ***Pablo González-Blasco***

Doctor en Medicina, director científico de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo.

## ***María Auxiliadora Craice-de Benedetto***

Médico, profesora de la Universidad Federal de São Paulo, coordinadora del Departamento de Humanidades de Sobramfa-Educación Médica y Humanismo

213

## **Introducción**

La medicina vive tiempos de vertiginoso progreso técnico, en forma paralela, nunca se había alcanzado semejante nivel de despersonalización en la relación médico-paciente.

Aunque nadie pone en duda la importancia de saber desarrollar las habilidades necesarias para establecer una buena relación médico-paciente, parece que en la práctica esas cuestiones no son objeto de una atención eficaz en los años de graduación médica.

La medicina es una profesión al servicio del ser humano. Cultivar valores humanos en general, y desarrollar habilidades interpersonales y empatía, en particular, son elementos fundamentales para ejercer adecuadamente la profesión médica<sup>1</sup>. Algunos estudios sugieren que ocurre una transformación drástica en el estudiante de medicina durante su proceso de formación; en los primeros años, la mayoría reboza entusiasmo e idealismo por ser médico, se muestra sensible con el sufrimiento del paciente<sup>2-4</sup>, con el pasar de los años, el idealismo parece olvidarse y se inicia un proceso de “deshumanización”, en el que el paciente pasa a ocupar un papel se-

cundario en la práctica médica.

## **Tecnología y humanismo: una desproporción creciente**

No se puede negar la fuerte influencia que el actual modelo de formación médica tiene sobre ese proceso de deshumanización<sup>3</sup>. La información técnico-médica es tanta, que apenas se dispone de tiempo para abordar la relación médico-paciente. Esta metamorfosis (verdadera desproporción) ha sido descrita como una pérdida traumática de la humanización<sup>5</sup>; se impone, por tanto, pensar en un proceso de rehumanización en el que se pueda resguardar y mejorar la empatía en los futuros médicos. Es evidente el beneficio de saber intervenir lo antes posible -cuanto antes mejor- en esa dimensión de la educación médica. Resulta conveniente comentar que los aspectos que integran el comportamiento del ser humano pueden ser modelados y, en consecuencia, factibles de ser enseñados<sup>6</sup>.

La cultura instalada en muchas facultades de medicina sugiere mantener distancia emocional del enfermo, como si eso favoreciera la actitud profesional. Igualmente, se dedica suficiente tiempo para discutir casos clínicos, pero no es frecuente que se hable de la persona enferma o de su enfermar personalizado<sup>7</sup>, naturalmente, todo esto contribuye negativamente al desarrollo de la empatía en los estudiantes. Quizá la primera intervención, sea no enseñar lo contrario de lo que se pretende y se predica, ¡evitar, de cualquier forma, dar mal ejemplo! También hay quien considera a la empatía como parte de la personalidad del individuo, algo que puede ser transformado; en consecuencia, puede declinar durante el proceso de la formación médica<sup>8</sup> o bien puede ser mejorado mediante actividades educativas bien dirigidas<sup>9,10</sup>, y no faltan los que afirman que es muy difícil enseñar o dirigir el aprendizaje de la empatía<sup>11,12</sup>.

¿Cómo enseñar empatía durante la formación médica? No es asunto de fácil respuesta, pero no por eso deja de ser vital, pues está en juego un elemento esencial en la formación de los futuros médicos. Los estudios sobre el tema nos ayudarán a entender mejor el proceso de la manutención y mejoría de la empatía en los estudiantes de medicina.

## **Evaluación de la empatía y la educación médica**

Aprender a entender las expectativas del paciente, por colocar un ejemplo del amplio espectro de la empatía, es sin duda uno de los objetivos educativos deseables a alcanzar durante la formación académica. Los objetivos son claros, pero faltan estructuras que sean capaces de medir los resultados. Sabemos lo que queremos enseñar, pero no conseguimos

evaluar cómo se enseña y, sobre todo, si se aprende. Algunos de los instrumentos para evaluar la empatía han sido presentados en un artículo previo<sup>13</sup>. No obstante podemos citar los siguientes: *Interpersonal Reactivity Index* desarrollado por Davis<sup>14</sup>, *The Hogan Empathy Scale*<sup>15</sup> y la *Emotional Empathy* de Mehrabian e Epstein<sup>16</sup>. Otros métodos de evaluación han sido elaborados para enfermeras, como la *Empathy Construct Rating Scale*<sup>17</sup>, *The Empathic Understanding of Interpersonal Processes Scale*<sup>18</sup>, *The Empathy Subtest of the Relation Inventory*<sup>19</sup> y *The Empathy Test*<sup>20</sup>.

## Promover la empatía en la educación de las emociones

Al reflexionar sobre el proceso de formación a la luz de los resultados obtenidos y las referencias de la literatura, observamos algunos factores que podrían estar implicados en la erosión de la empatía: la falta de ejemplos adecuados por parte de los formadores; gran cantidad de información técnica a ser transmitida con la consecuente limitación de tiempo para abordar las cuestiones humanísticas que delinear la relación médico-paciente; la tensión que surge entre los ideales del estudiante y la práctica clínica cotidiana en la que nace la duda ética<sup>21</sup>; y la sobrecarga emocional que se deriva del contacto con el sufrimiento<sup>22</sup>.

Es evidente que el nivel de empatía puede cambiar y, en este caso, deteriorarse. Intervenir en este proceso consistiría, más que en enseñar cosas nuevas (“enseñar a ser empático”), en prevenir su pérdida; las estrategias educativas estarían dirigidas a prevenir la erosión de la empatía más que a aumentarla. Como marco de fondo permanece la pregunta clave: ¿es la empatía algo que se puede enseñar? Y, en caso positivo, ¿cómo se enseña?, ¿nacemos con capacidad fija de empatía o podemos crecer en esta actitud?

Pensar en estrategias educativas en un tema tan delicado, invoca el recuerdo de un estudio singular publicado hace más de 25 años<sup>23</sup>, en el que se presentaba 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 (cirujano) comenta que se siente capaz de enseñar durante los años de formación cómo se practica una laparotomía exploradora, pero no está seguro de conseguir enseñar a sonreír educadamente para inspirar confianza al enfermo. Las características están ordenadas por importancia y dificultad, de acuerdo con un índice muy peculiar, *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 y entusiasmo por el trabajo como medio para servir a otros; 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<sup>24,25</sup> en la que se advierte que la empatía puede ser estimulada a través del ejemplo. Las denominadas neuronas-espejo, que también modulan la emoción y el comportamiento, se activan cuando perciben las acciones de otra persona, y lo hacen de modo espontáneo e involuntario, sin integrarse en el razonamiento<sup>26</sup>. Hay varios trabajos que muestran el mecanismo por el que las neuronas-espejo se relacionan con la percepción empática<sup>27,28</sup>.

El tema de los escenarios de aprendizaje se coloca como una posibilidad real, moduladora de la empatía y como prevención de la erosión; *el buen ejemplo educa, así como deforma el mal ejemplo*. Los estudiantes y médicos jóvenes son inspirados, para bien o para mal, por las actitudes que contemplan en sus profesores y formadores. Actuar junto al enfermo, viendo cómo se hace, calcando los pasos del profesor, permite incorporar actitudes y comportamientos que delinean el estilo profesional futuro<sup>29</sup>.

La formación humanista y cultural es un recurso clásico en la educación médica y un camino tradicional para promover la empatía; el arte, que imita la vida, ofrece variadas situaciones en las que el alumno es capaz de incorporar esas características difíciles de enseñar (por los métodos tradicionales). Por eso algunos autores enfatizan la importancia de las artes, la literatura, y la reflexión sobre la propia vida para promover la empatía<sup>30</sup>, incorporar las humanidades en educación médica tiene como objetivo primordial el despertar actitudes y valores, muchas veces inesperados, en los propios estudiantes, que les permiten ampliar su capacidad de comprensión sobre el ser humano.

La literatura refiere la promoción de programas educativos para desarrollar la empatía, aunque no siempre los resultados son los que se podrían esperar<sup>31,32</sup>, quizá hay que prestar más atención al tema de las emociones del alumno, factor indispensable cuando se pretende promover la empatía. Es muy difícil promover el desarrollo de la empatía sin tener en cuenta las emociones del educando, el educador tiene que estar atento a los momentos cruciales, en los que emergen las emociones del estudiante, y verlos como una oportunidad formativa. ¿Cómo podría un médico comprender el sufrimiento del paciente si no consigue trabajar sus propias emociones? Es responsabilidad del formador proporcionar un ambiente en el cual se puedan exponer las angustias, miedos y fragilidades; permitir compartirlas y trabajarlas con esmero docente para así promocionar la madurez afectiva y el consecuente desarrollo de la empatía.

Con frecuencia, expresamos respuestas emotivas inadecuadas y es entonces cuando el estudiante percibe su propia vulnerabilidad al contacto

con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte<sup>33</sup>. Durante los años de formación, esas situaciones son frecuentes, generan ansiedad y sentimientos de impotencia, si no se trabajan las emociones y se habla de ellas con franqueza, asimilando las experiencias, el estudiante generará una repulsión afectiva, un distanciamiento que encontrará amparo en la técnica. En ese momento crucial, el educando empezará a utilizar la técnica, que siempre es inocua y aséptica, en lugar de la empatía para aproximarse al enfermo, el cual es un terreno movedizo, en el que se siente inseguro. Es cuando la comprensión hacia el paciente se transforma sencillamente en “diagnóstico y pronóstico” y los cuidados se convierten en intervención; una demostración de que, aun teniendo buena voluntad, habitualmente se acaban utilizando solamente las herramientas que se conocen (técnicas) y se omiten otras que, como la empatía, tendrían un papel esencial<sup>34</sup>.

Educar las emociones se configura, de este modo, en importante que hacer para promover la empatía y las actitudes éticas como un todo<sup>35</sup>. 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; colocarlas en su verdadero lugar, facilitando la catarsis y el libre fluir de las mismas. Compartir emociones o ampararlas en discusiones abiertas abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual impone.

Trabajar las emociones para educarlas implica un proceso educativo serio en el cual se deben, inicialmente, identificar y hacerse explícitas; después evaluar su correcta utilización para promover la relación médico-paciente en las diversas situaciones clínicas, y como ayuda eficaz para mantener el foco de la acción médica en su verdadero objetivo: *el beneficio del paciente*. Así, es fácil deducir que ignorar las emociones, por la peculiar dificultad que entraña su manejo y educación, acaba privando al futuro médico de un instrumento necesario para mejorar su actuación profesional. En palabras de Pascal “las razones del corazón que la razón no entiende”, no es poesía para momentos de soslayo, sino un recurso imperioso para un trabajo competente.

¿Cómo se hace esto?, ¿cómo se utiliza la afectividad del alumno en el contexto de la educación médica? Primero, se debe trabajar en un proceso educativo, reconocer que las emociones existen, que no se sabe cómo controlarlas (quizá porque los docentes aún no consiguen evaluar cuantitativamente sus efectos), y que este difícil desafío no se resuelve sólo con algunos cambios de contenido curricular<sup>36</sup>.

Este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad; no se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente, se puede, sencillamente, mostrar el gusto y esperar que el tiempo (y la

reflexión sobre lo que se siente, lo que agrada, en fin, en sus emociones) vaya perfeccionando el paladar afectivo, proceso que es una “educación sentimental”<sup>37</sup>. Además, la reflexión asume un papel fundamental. Es imposible adquirir virtudes, incorporar valores, esculpir actitudes y construir la ética del día a día sin reflexión. La reflexión es el puente firme entre las emociones y el proceder, un puente por el que transitan las emociones que la reflexión transforma en vivencias, que son la semilla de las actitudes y del comportamiento ético. El desafío educativo es encontrar los modos en que este proceso puede elaborarse y ser efectivo para provocar la reflexión sobre las emociones que siempre están presentes.

No basta con provocar un aluvión de emociones en los escenarios docentes, pensando que los sentimientos *in natura* formarán actitudes estables, hay que trabajarlos, conducirlos, mediante docentes “enzimáticos” que catalicen la reacción que se cristaliza en vivencias. Es la habilidad del docente la que consigue que la emoción se transforme en vivencia, estimule la reflexión en cada uno y se interiorice. Este proceso es el catalizador que, aprovechando el terreno fértil de la emoción, imprime una huella educativa: se genera la vivencia que es puerta abierta para incorporar actitudes estables y duraderas<sup>38</sup>. Algunas iniciativas se muestran promisoras en esta tarea que es tan importante como ardua, la música surge como un recurso sugestivo y útil para que el estudiante hable sobre sus expectativas y comparta sus dudas, solicite ayuda y rescate ideales y sueños profesionales<sup>39</sup>, los cuestionamientos y dudas que surgen al contacto con las canciones se relacionan con el ámbito emotivo y ofrecen la oportunidad de trabajarlas<sup>40</sup>.

Igualmente, el uso del cine<sup>41</sup> muestra resultados positivos para estimular la reflexión

del estudiante, no se trata de dar recados por medio de películas (recurso que también se utiliza) sino de provocar la reflexión, que es la base para construir un médico humanista y empático<sup>42,43</sup>. Igualmente el uso de la literatura a través de la narrativa<sup>44,45</sup> (historias de vida) y de la ópera<sup>46</sup>, se muestran como iniciativas promisoras.

## Conclusiones

La empatía se constituye como un puente entre la medicina basada en evidencias y la medicina centrada en el enfermo: un camino práctico para incorporar los progresos técnicos y traducirlos en un cuidado eficaz del paciente. Es fácil notar en el medio académico una búsqueda cada vez más decidida para desarrollar recursos que ayuden efectivamente en la formación emocional y afectiva de los estudiantes, un camino que ciertamente, sintoniza con la promoción de la empatía; como se ha expuesto,

es actitud susceptible de cambios, sobre todo de erosión y pérdida. Habría que preguntarse si las intervenciones en el proceso educativo no tendrían que estar dirigidas, más que a enseñar algo nuevo (a crecer en empatía), a prevenir su pérdida. Algo análogo a lo que ocurre con la prevención en salud; nadie consigue detener el paso de los años y el deterioro físico, pero es posible envejecer de muchas maneras, unas más saludables que las otras.

Estas reflexiones son una introducción a un tema cuyo estudio y perfeccionamiento es tan necesario como apasionante.

## Bibliografía

1. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine S, Isenberg G, et al. *The Devil is in the Third Year*. A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med*. 2009; 84:1182-91.
2. Kay J. *Traumatic deidealization and future of medicine*. *Jama*. 1990;263:572-3.
3. Silver HK, Glicken AD. *Medical student abuse: Incidence, severity, and significance*. *Jama*. 1990;263:527-32.
4. Authier J. *Showing warmth and empathy*. En: Hargie O, editor. *A Handbook of Communication Skills*. Londres, Inglaterra: Croom Helm; 1986: 441-65.
5. Edwards MT, Zimet CN. *Problems and concerns among medical students*. *J Med Educ*. 1976;51:619-25.
6. Karr MD. *Acting in medical practice*. *Lancet*. 1994;344:1436.
7. Spiro H. *The Practice of Empathy*. *Academic Medicine*. 2009;84(9).
8. Forest-Streit U. *Differences in empathy: a preliminary analysis*. *J Med Educ*. 1982;57:65-7.
9. Goldstein AP, Goedhart A. *The use of structured learning for empathy enhancement in paraprofessional psychotherapists*. *J Community Psychol*. 1973;1:168-73.
10. LaMonica EL, Carew DK, Winder AE, Bernazza- Hasse AM, Blanchard KH. *Empathy training as the major thrust of a staff development program*. *Nurs Res*. 1976;25:447-51.
11. LaMonica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT. *Empathy and nursing care outcomes*. *Sch Inq Nurs Pract*. 1987;1:197-213.
12. Kirk WG, Thomas AH. *A brief in-service training strategy to increase levels of empathy of psychiatric nursing personnel*. *J Psychiatr Treat Eval*. 1982;4:177-9.
13. Moreto G, Blasco PG, Benedetto MAC. *La erosión de la empatía en estudiantes de Medicina*. Reporte de un estudio realizado en una Universidad de Sao Paulo, Brasil. *Aten Fam*. 2014;21(1):16-9.
14. Davis MH. *Measuring individual differences in empathy: evidence for multidimensional*

dimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44:113-26.

15. Hogan R. *Development of an empathy scale.* *J Consult Clin Psychol.* 1969;33:307-16.

16. Mehrabian A, Epstein NA. *A measure of emotional empathy.* *J Pers.* 1972;40:525-43.

17. LaMonica EL. *Construct validity of an empathy instrument.* *Res Nurs Health.* 1981;4:389-400.

18. Carkhuff R. *Helping and Human Relations. Selection and Training, vol 1.* New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1969.

19. Barrett-Lennard GT. *Dimensions of Therapist Response as Causal Factors in the Therapeutic Change.* *Psychol Monogr.* 1969;76(43):562.

20. Layton JM. *The use of modeling to teach empathy to nursing students.* *Res Nurs Health.* 1979;2:163-76.

21. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. *A crosssectional measurement of medical student empathy.* *J Gen Intern Med.* 2007;22:1434-38.

22. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. *An empirical study of decline in empathy in medical school.* *Med Educ.* 2004;38:934-41.

23. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TRP, Altisent R, Blasco PG. *Una Nueva Metodología Docente en Bioética. Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil.* *Persona y Bioética.* 2008;12.2(31):133-44.

220

24. Lara JRL, Mora RR, Campayo JG. *Why do some doctors become unethical (evil?) with their patients?* *Aten Primaria.* 2009;41(11):646-9.

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

26. Decety L, Jackson P. *A social-neuroscience perspective on empathy.* *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15:54-8.

27. Gallese V. *The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity.* *Psychopathology.* 2003;36:171-80.

28. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quell che fai: il cervello che agisce e l neuroni specchio.* Milán, Italia: R. Cortina; 2006. Italiano.

29. Decety L, Jackson PL. *The functional architecture of human empathy.* *Behav Cogn Neurosci.* 2004;3:71-100.

30. Wicker B, Keysers C, Plailly L, 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.

31. Bauer J. *Warum ich fu¨ hle, was Du fu¨ hlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone [Why I feel what you feel. Intuitive communication and the mystery of the mirror neurons].* Hamburg: Hoffmann und Campe; 2005.

32. 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):619-21.
33. Larson EB, Yao X. *Clinical Empathy as emotional Labor in the Patient-Physician Relationship.* Jama, 2005;293(9):1100-6.
34. Christianson CE, McBride RB, Vari RC, Olson L, Wilson HD. *From traditional to patient-centered learning: curriculum change as an intervention for changing institutional culture and promoting professionalism in undergraduate medical education.* Acad Med. 2007;82:1079-88.
35. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B, Flickinger TE. *Teaching Empathy to Medical students.* An updated, systematic review. Academic Medicine.2013;88:1-7.
36. 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.
37. 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.
38. Marías J. *La educación sentimental.* Madrid: Alianza Editorial; 1992.
39. Janaudis MA, Blasco PG, Angelo M, Lotufo PA. *Nos bailes da vida: A música facilitando a reflexão na educação médica.* RBM. 2011;68:7-14. Português.
40. Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. *The Sound of Music.* Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. Creative Education. 2013;4:49-52.
41. Blasco PG. *Humanizando a Medicina: Urna Metodologia com o Cinema.* São Paulo, Brasil: Centro Universitário São Camilo; 2011.
42. Blasco PG, Pinheiro TRP, Ulloa-Rodriguez 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.
43. Blasco PG, Moreto G. *Teaching Empathy through Movies.* Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education. Journal of Education and Learning. 2012;1:22-34.
44. Benedetto MAC. *Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes.* O Mundo da Saúde. 2010;34(3):311-9.
45. Benedetto MAC, Castro A, Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. *From Suffering to transcendence.* Narratives in Palliative Careo Can. Fam Physician. 2007;53:1277-9.
46. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. *Teaching humanities through opera: leading medical students to reflective attitudes.* Fam Med. 2005;37(1):18-20.

# EL CINE EN LA FORMACIÓN ÉTICA DEL MÉDICO: UN RECURSO PEDAGÓGICO QUE FACILITA EL APREN- DIZAJE

## ***Pablo González-Blasco***

Doctor en Medicina. Director Científico de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

## ***Thais Raquel S.P. Pinheiro***

Médico de Familia. Directora de Divulgación y Relaciones Públicas. Coordinadora del Programa de Residencia Médica en Sobramfa.

## ***Mauricio Fernando Ulloa-Rodríguez***

Médico. Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Asistente, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana.

## ***Nohora M. Angulo-Calderón***

Médico-Patólogo. Especialista en Educación Médica. Magister en Tecnologías Educativas. Jefe Académico de Postgrados, Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana

222

## Introducción

### Formación ética y medicina humanista

La formación ética del médico es una necesidad indiscutible. Si por algún momento nos olvidáramos de esta prioridad -quizás distraídos por el volumen creciente de conocimientos técnicos que es preciso absorber- los pacientes, la sociedad y, últimamente, los pleitos judiciales se encargarían de recordárnoslo. Es, sin lugar a dudas, imprescindible que la educación médica proporcione también formación ética. Pero ¿cómo hacerlo de un modo eficaz?

Los esfuerzos educativos innovadores coinciden en que no se puede en-

señar ética -bioética, si preferimos el término- en paralelo y de modo yuxtapuesto al resto de la formación que el estudiante de medicina recibe. Parece razonable encontrar formas de impregnar la educación universitaria de una cultura ética, de modo longitudinal, continuado, práctico, accesible y, muy importante, atrayente (1). Es necesario formar en la postura ética -que siempre entraña toma de decisiones-, en los dilemas que se presentan cotidianamente, en el contacto con los pacientes. Dilemas que no son puramente éticos, como tampoco son puramente clínicos, son dilemas de la persona y, por tanto, implican las dos vertientes del conocimiento y de la actuación.

Si es un error enseñar, por ejemplo, medicina interna perdiendo de vista que la enfermedad no existe “in vitro”, sino encarnada en la maravillosa y desconcertante complejidad de un ser humano, no es menos equivocado intentar promover la formación ética recurriendo a los casos límite -una especie de problema ético puro, como si de una categoría kantiana se tratase-, que difícilmente se presenta en la práctica clínica diaria. La acción médica cotidiana debe ser moderna, competente, técnicamente actualizada, y debe estar impregnada de esa dimensión ética que hace del médico un profesional humanista.

Ética y humanismo médico caminan juntos, en perfecta sintonía, pues participan de la misma raíz que es la perspectiva antropológica de la actuación médica. La enfermedad no existe “por sí sola”; aparece, siempre, encarnada en alguien, y se reviste de la personalidad de aquél a quien acomete. Aunque la patología sea la misma, cada uno enferma a su modo. Esto es algo que la experiencia clínica confirma. Y la misma experiencia nos enseña que tan importante como conocer la enfermedad es conocer la persona que la padece para poder cuidar de ella con competencia. Ese es el primer fundamento de un humanismo médico real, que incorpora la postura antropológica que sirve de base para las acciones médicas que deben incluir los elementos clínicos y el necesario condimento ético.

Saber atender al enfermo en toda su dimensión humana, y no sólo sectorialmente -el desarreglo fisiológico que la técnica consigue medir-, es el desafío principal que enfrenta hoy 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. Ésta es la construcción de un nuevo humanismo médico capaz de armonizar los cuidados que el paciente necesita (2). La formación ética hoy implica el desafío de promover una verdadera reconstrucción filosófica -que eso es la postura antropológica- del médico, y construir así profesionales “bifocales”, que sean capaces de cuidar a sus pacientes con competencia profesional, técnica y ética, en armonía, aprovechando lo que de mejor el progreso les ofrece, para atenderlos en

sus carencias fisiológicas y humanas (3).

La construcción de este humanismo es fruto del estudio, de la reflexión, de una inversión en la cultura, en dosis regulares y constantes, permitiendo de este modo el “re-armamiento ético” que los estudiosos de la bioética proponen hoy como urgente necesidad. La ética personalista es el modelo que nos permite proporcionar esta formación ya que conciliando objetividad y subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, da énfasis a 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 (4).

Este modelo, que nos atrevemos a denominar ética vitalista, depende del sujeto, del médico que actúa en la práctica diaria. Son sus virtudes las que complementan y “personalizan” las normas objetivas, haciendo de la ética algo personal que incide sobre el modo de cuidar del enfermo. Su norte no es el no cometer infracciones sino el deseo de ayudar lo mejor posible. Esto es lo que algunos denominan, acertadamente, el “bien hacer médico” (5). Enseñar bioética es, en este punto, construir un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. No se trata de construir códigos de conducta sino de formar profesionales conscientes, que sean capaces de encarar las decisiones que deben tomar (6). Observamos hoy en día, entre los estudiantes y jóvenes profesionales, una curiosa convivencia de conocimientos técnicos apurados con una carencia total de postura humanística, por faltar la formación antropológica necesaria para integrar globalmente estos conocimientos. Si en otras épocas esta deficiencia podría interpretarse como falta de honestidad, hoy resulta más por ignorancia -por no saber cómo hacerlo, porque nadie se los ha enseñado en la práctica- que por maldad. Quizá tenemos que admitir que hoy es necesario enseñar lo que en otros tiempos las personas sabían por educación y cultura. Y es que, antaño, el médico que no era humanista -que no entendía al enfermo, y no se hacía entender por él- no tenía posibilidad de practicar la medicina. Hoy, la técnica es tanta y tan abundante, que no es difícil camuflarse con ella para suplir las deficiencias humanas.

Enseñar bioética supone establecer fronteras y normas, pero requiere sobre todo creatividad, ir más allá de lo que está estipulado, para hacer por el enfermo todo lo que es posible. No se contenta con no hacer el mal, sino que persigue, quiere y, de hecho, practica todo el bien que es posible. La ética es, entonces, una fuente de obligaciones que cada uno se crea para desempeñar mejor la función de médico. “El deber que se nos exige es sólo un pretexto para que inventemos otros deberes”, decía Marañón

(7). ¿Cómo aliar la creatividad a la necesaria prudencia y sabiduría que requiere la formación ética? La afectividad humana nos abre un panorama que merece una reflexión aparte.

## Formación ética y afectividad: el papel de las emociones

La afectividad tiene una estrecha relación con la vida virtuosa que se espera del médico humanista. “Las virtudes -dice un estudioso del tema- son disposiciones no sólo para actuar de manera particular, sino para sentir de manera particular. Actuar virtuosamente no es actuar contra la inclinación; sino a partir de una inclinación formada por el cultivo de las virtudes. La educación moral es una *education sentimentale*” (8).

Ortega nos advierte que “el hombre hace la técnica, pero al hombre le hace el entusiasmo. Si el brazo mueve a su extremo el utensilio, no se olvide que, puesto a su otro extremo, mueve al brazo un corazón” (9). No hay cómo prescindir de las emociones, del entusiasmo, de la afectividad que nos motiva.

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 que uno tiene -el educando, en su caso- 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. Es de este modo como se puede llegar a que a alguien le guste lo que es bueno. Esa es, en palabras de Bernardo de Claraval, la verdadera sabiduría: “Sabio es aquel a quien las cosas saben cómo realmente son”.

225

¿Cómo prepararse para ese desafío educativo? Bien lo señala un estudioso del tema:

La tarea del educador no es precisamente acabar con el error, porque el error es condición inherente a una naturaleza humana imperfecta. En cambio, sí debe conseguir que brille la verdad y será la luz de la verdad la que consiga disipar las tinieblas del error, la mentira y el equívoco. Un educador ‘matando’ errores no pasa de ser un dialéctico en inminente riesgo de convertirse en sofista [...] Aristóteles afirmó que sus lecciones de ética eran inútiles en quienes no tuvieran la formación apropiada. Se puede entender algo intelectualmente, pero si afectivamente no hay disposición positiva en esa dirección, todo el discurso resultará estéril. Lo que entre por un oído saldrá por el otro (10).

Gustave Thibon aborda el tema con precisión y con poesía, en su ensayo

sobre el amor humano:

*Para el hombre sacudido por la tempestad de la tristeza no es ningún crimen el contradecirse.* Esta frase de Sócrates es una de las más humanas que se hayan pronunciado jamás. No se puede recriminar a un infeliz que sea ilógico. La lógica, instrumento perfecto para la administración de las esencias ideales, falla lamentablemente en el hombre concreto, esa mezcla contradictoria de finito y de infinito. Y especialmente en la desgracia, que es la contradicción vivida desde dentro, lo absurdo a lo vivo [...]. Se es más fi el no cuando se piensa mejor, sino cuando se siente más profundamente. Esta sensibilidad profunda conecta con las profundidades del espíritu. Lo verdaderamente espiritual tiene más afinidades con lo sensible que con lo intelectual, y se inserta más fácilmente en una emoción corporal auténtica que en una opinión de la razón o en un movimiento apasionado del yo (11).

226

La educación de la afectividad encuentra en la estética -artes y humanidades- un aliado imprescindible. Y bien vale advertir que educar desde la estética no es querer anclar en la emoción y en la sensibilidad todo el cuerpo de conceptos necesarios para construir los valores de la persona. Lo que se pretende es provocar la reflexión, condición imprescindible para cualquier intento de construcción de la personalidad. Se puede enseñar técnica, incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se pueden adquirir virtudes, mudar las actitudes sin hacerlo. 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”, lo que nos afecta, para después zambullirse en la construcción de valores que además de bonitos sean verdaderos (12).

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.

Pero toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no dejará la educación al sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo es posible construir conocimiento sobre la natural oscilación afectiva? Recordemos que Platón consideraba como finalidad de la educación enseñar a desear lo que tiene que ser deseado. Es evidente que este proceso requiere tacto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo -y la reflexión sobre lo que se siente, lo

que se gusta, en fin, sobre las emociones- vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que es, de nuevo, una verdadera Educación Sentimental (13).

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida a otro elemento integrante del universo del estudiante: la imagen o, como se define acertadamente, “una cultura del espectáculo” (14), donde lo sensorial es potencializado porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto” y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las respuestas racionales -“estoy de acuerdo o no estoy”- se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que la imagen despierta.

Lenguaje de emoción en la cultura de la imagen: he aquí una frecuencia en la que es posible sintonizar con el universo del educando. 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 elementos de motivación insertos en una cultura moderna.

La educación moderna que busca la formación integral del médico humanista -el profesional bifocal, 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 bordean la incompetencia docente. Educar significa promover cambios en el ser y en el hacer de los individuos, ya que la información por sí sola no cambia a nadie. Lo que provoca el cambio es la interacción que el educando tiene con la información, y siendo el ser humano eminentemente afectivo, las emociones nos brindan un catalizador de ese proceso interactivo. Ya decía Sir William Osler que las humanidades son como las hormonas que catalizan el pensamiento y humanizan la práctica médica. El conocimiento que se adquiere en sintonía con las emociones, con las vivencias afectivas -¡con las historias de vida con que nuestros pacientes impregnan nuestro cotidiano!- es duradero y, de hecho, nos transforma. Si, finalmente, la reflexión se añade a esta fenomenología práctica de la afectividad, el paradigma educativo moderno surge vigorosamente.

Educar es mucho más que entrenar habilidades: implica promover en el estudiante una actitud reflexiva y un deseo continuado de aprender. Educar es proponerse crear el hábito de pensar y enseñar caminos para

una reflexión permanente. Construir una postura que acertadamente se ha definido como ejercicio filosófico de la profesión (15).

En una cultura presidida por la emoción y por la imagen, lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo, que nos afecta y se traduce en imágenes. Este es el terreno donde tenemos que educar. Y vale recordar que el aprendizaje de la ética, en tiempos antiguos, se hacía contando historias de forma narrativa. Los valores humanos -en las gestas griegas, en los relatos bíblicos, en los clásicos- están disueltos en historias.

Aquí se abre la puerta lógica para la colaboración que las humanidades brindan en la enseñanza de la ética.

## Discusión

### El cine como recurso de educación afectiva

La búsqueda metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concretiza en iniciativas variadas que integran las humanidades en el proceso de educación académica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Literatura y teatro (16,17), poesía (18), ópera (19) componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa.

De los filósofos y pensadores modernos nos llega la recomendación de utilizar el cine como un recurso de educación de la afectividad.

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. [...] Estas conexiones vitales ponen de manifiesto el dramatismo que es la condición misma de la vida humana. Esto es el antídoto del utilitarismo, de la homogeneidad a que tantos estímulos conducen en nuestro tiempo [...] 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 (13).

El cine, despertador de emociones, encaja perfectamente dentro de la cultura del espectáculo y se convierte en recurso útil en el universo de la

educación médica. (20,21,22). Provoca emociones y, sobre todo, ofrece la posibilidad de contemplarlas, compartirlas, ampararlas en discusión abierta, abriendo caminos para una verdadera reconstrucción afectiva.

El sentir clásico nos presenta el arte contador de historias como un camino para la *catarsis* de las emociones, para colocarlas “en su sitio”, para educarlas. El cine multiplica la posibilidad de vivir historias, posibilidad 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 -como diríamos en lenguaje de hoy- amplía las oportunidades y ocurre como experiencia lo que, en su realidad corpórea nunca habría sido posible. Los sentimientos y las 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.

La historia que aparece en el celuloide provoca otras vivencias, ahora de los propios alumnos. Son historias reales de su vida, o ficticias, de otras películas, pero al fin y al cabo que tienen que ser contadas, y oídas, y compartidas. Y a través de las narraciones los estudiantes se reflejan en las películas, pues mediante los conflictos que el cine plasma viven, metafóricamente, sus propios conflictos que se tornan más transparentes cuando alguien, mediante una película, es capaz de imaginar las situaciones como propias, puede identificarse con los personajes y sentirse protagonista de las decisiones, tomando para sí los valores que allí se presentan, permitiendo que sean luego aplicados en sus propias situaciones personales.

En este punto, uno se pregunta: ¿pero qué tiene que ver todo esto con la educación ética del médico? La respuesta nos la brindan los alumnos de modo natural. Con inmensa facilidad transportan para el 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 como médicos, pues es algo que inmediatamente descubren, admiten, e incorporan como modelo que deberá ser seguido. La cultura de la imagen es metafórica y los alumnos, bien situados en esta cultura, son hábiles lectores de metáforas y descubridores de analogías implícitas.

Los alumnos encuentran en la experiencia con el cine un modo de comunicarse entre ellos, de conocerse, y de darse a conocer. La fuerza comunicativa que la imagen les presta es una puerta abierta a su universo interior, donde es posible construir los cimientos de una educación ética basada en virtudes. De modo rápido e intuitivo transportan para su coti-

diano 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. Así, la historia de vida, la frase de impacto, la actitud concreta y la vivencia que se despertó en el momento educacional, se revive en lo cotidiano -al rozar con la propia vida- y provoca la reflexión y 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 -como se revelan las fotografías- 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 fecundidad (23).

230

Anteriormente comentamos las críticas que se dirigen a “educar las emociones” como fomentar una educación superficial, subjetiva, no racional. En este punto de nuestro estudio habrá también los que critiquen esta metodología educativa con el cine por parecer “manipuladora” de las emociones. Vale la pena, pues, aclarar los términos. Manipular es hacer que alguien se comporte de la manera que el manipulador desea, sin que el interesado se dé cuenta; más, pensando que está actuando libremente. Nada más distante del propósito de la educación donde el objetivo es sacar -*educere*, extraer de dentro- del interesado sus propios recursos para que crezca, madure, se construya como persona y como profesional. Cuando en cualquier clase tradicional se le ofrecen al alumno conocimientos (y la posibilidad de buscarlos por sí mismo), se le enseñan habilidades, y se fomentan actitudes -los tres objetivos de cualquier proyecto educativo- se educa al estudiante, no se le manipula. El mejor modo de entender esta aparente sutileza es comprobar los resultados. Cuando se educa, las consecuencias van mucho más lejos de lo que el educador puede prever. La educación es la pista de despegue, el motor de arranque, pero el vuelo, el piloto, y el combustible son del alumno que traza su ruta y su destino, y llega a lugares insospechados. La manipulación tiene ya el trayecto y los objetivos trazados, siempre previstos por el manipulador. La educación afectiva con el cine es una explosión de arranque, un impulso que puede ser arrebatador y que empuja a reflexionar primero, a decidir después. Lo que cada uno piense y decida, en íntimo diálogo con sus propias emociones, dependerá de quién es cada uno, de su postura vital, de cómo se sitúa en el mundo.

Una breve anécdota puede aclarar esta discusión que es casi un sofisma. En cierta ocasión presentamos un taller de cine y educación en un país de Europa, delante de un público numeroso y variado (24). Al final, un profesor inglés pidió la palabra y tocó exactamente en este punto: “Esto que ustedes hacen es muy peligroso -dijo-. Pueden provocar crisis tremendas en los jóvenes estudiantes”. No tuvimos tiempo de responder porque dos pro-

fesores de Finlandia se levantaron y respondieron: “Perdone usted, pero las crisis ya existen y están ahí, con nosotros los profesores, sin nosotros o a pesar de nosotros. Lo que nos asusta es que de este modo se vuelven transparentes”. Nos pareció una respuesta adecuada, pero hubo otra intervención, esta vez de un profesor de Noruega, que añadió el comentario final: “Yo creo que sólo tiene miedo de hacer esto quien tiene miedo de sus propias emociones”. En este momento la discusión se dio por terminada.

## Cómo utilizar la educación con el cine en la práctica docente

De que el cine funciona y golpea las emociones no hay ninguna duda. Los diversos géneros de cine, dirigidos a públicos también específicos, muestran en los resultados de taquilla que nuestro mundo no es indiferente a este medio. Cada cual escoge las películas de acuerdo con criterios variados: hay quien lo hace por su gusto, otros por sus estados de ánimo, quien por el momento personal que atraviesa. Pero la mayoría espera que el cine le impacte, que dialogue con sus emociones. Cuando el cine nos sitúa en el ámbito de lo cotidiano, reflejando situaciones familiares al espectador que se identifica con ellas, este diálogo emotivo se establece con facilidad. Para los jóvenes -donde se incluyen los estudiantes- el cine les brinda situaciones que todavía no tuvieron oportunidad de vivir, y con ellas una ocasión para reflexionar sobre su propia vida. En fin, el cine nos acompaña como ese dedo que apunta, en las ya citadas palabras del filósofo español Julián Marías.

231

La sintonía de los jóvenes con el cine es también algo incuestionable. La “generación Net”, a quienes la lectura lineal tradicional supone un esfuerzo para el que no siempre están dispuestos, demuestra una habilidad impar en la comunicación por imágenes, pues son los verdaderos protagonistas de la cultura del espectáculo, donde todo es rápido e inmediato. El cine funciona, en relación con lo que podríamos denominar el “sistema operacional” de la juventud, de los estudiantes. Pero, honestamente, nos debemos preguntar: ¿y todo eso realmente educa? Y si educa ¿cómo hacerlo, cómo establecer una metodología?

Tanto en el cine como en la TV, la temática médica es común y suele tener éxito. Desde que en 1939 se llevó a la pantalla la novela de A. J. Cronin, *La Ciudadela*, hasta nuestros días, pasando por *Patch Adams* y *El Doctor*, para llegar a *House* y *Médico de Familia*, los médicos encajan bien como protagonistas de las películas. También los pacientes les dan la réplica, de modo sufrido como en *Philadelphia*, o envueltos en ficción como en *Gattaca* e *Inteligencia artificial*. No faltan, pues, ejemplos de médicos y de enfermos en el cine. ¿Es suficiente poner películas y dar recados a

través del celuloide para educar?

Lo que aquí abordamos es una metodología que trasciende la temática puramente médica para llegar al núcleo de la formación como persona. Es decir, para tener impacto en la educación ética. Aquí se encuentra, quizá, la novedad metodológica que estas líneas quieren mostrar.

La educación de la afectividad a través del cine es un método utilizado hace más de nueve años por la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia (Sobramfa) (25) para formar estudiantes de medicina, jóvenes médicos y profesores de medicina en congresos, talleres, jornadas de actualización y cursos de educación continuada (26). En los últimos cuatro años, la Sobramfa 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 otros. Esta experiencia está documentada ampliamente en una publicación reciente (27).

232

La metodología educativa con el cine, a través de clips de escenas, comentarios y talleres pedagógicos se describe con detalle en otras publicaciones (22). En todas las ocasiones uno o varios profesores de Sobramfa, 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. 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 trae 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.

Sirva como ejemplo el *clip* de escenas con comentarios que se presenta en el cuadro 1. Este clip fue utilizado en la Conferencia pronunciada con motivo del XV Aniversario de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. En esta ocasión, debido al numeroso público presente, no fue posible realizar las discusiones en grupos y la plenaria, que son elementos esenciales en la metodología. Se trató, por tanto, de una demostración de los recursos empleados con el propósito de fomentar la educación afectiva con el cine, y no de una sesión formal de la metodología descrita.

## Cuadro 1.

### Clip de escenas utilizado en la conferencia “Cine y Educación Médica. Un recurso de formación afectiva en el contexto de la Medicina de Familia” Bogotá, Julio 2009.

Película	Escena	Comentarios posibles (a modo de ejemplo)
El coleccionista de huesos	1:00:49 - 1:02:15	Tienes un don, no lo desprecies.
La leyenda del pianista en el océano	0:28:57 - 0:31:00 0:50:00 - 0:52:40	Suelta los frenos del piano. ¿De dónde sacas esta música? Miro a las personas y toco. Sin perderme en la partitura.
En busca de Bobby Fisher	0:35:00 - 0:37:00	Piensa cómo dar jaque mate en tres jugadas. ¿No consigues sin mover las piezas? Te facilitaré las cosas... Tira todas las piezas.
Instinto	1:09:14 - 1:11:14	¿Qué has perdido? Mis ilusiones.
The Truman Show	1:24:07 - 1:29:03	Aumentan el viento pero Truman sobrevive porque está atado al barco. Se vuelve una sola cosa con sus ideales.
Casablanca	1:24:50 - 1:25:20 1:36:45 - 1:37:40	Ya no se lo que hay que hacer, qué es lo correcto. Tendrás que pensar por los dos, por todos. Si no subes al avión te arrepentirás. Hoy, mañana, algún día, y para siempre.
El Patriota	2:13:55 - 2:15:40 2:26:17 - 2:28:00	Como se levanta una bandera. Qué es lo que el líder puede hacer, y los otros no. En vez de disparar con armas, levanta la bandera, sin decir nada. Arrastra con el ejemplo.
Tiempos de Gloria	0:50:36 - 0:51:55 1:27:40 - 1:30:00	Se dan las reglas (si el enemigo nos captura, nos matará). Se deja libertad de acción. Solidaridad cuando el sueldo es menor. Estamos listos para el ataque: hace falta algo más que descanso; hace falta carácter, pujanza de corazón.
La habitación de Marvin	0:57 - 0:59 1:26:53 - 1:28:02 1:33 - 1:34	Egoísmo y amor, un dialogo difícil. Tuve tanto amor en la vida. Soy feliz. La ciencia del cuidar. Pocos recursos pero mucha dedicación.

Rescatando al soldado Ryan	1:48:30 - 1:51:27 2:36:21 - 2:36:50 2:38:40 - 2:39:10 2:39:25 - 2:41:30	Me quedo con los únicos hermanos que me sobran. James, gánatelo. Todos los días reflexiono sobre lo que me dijiste aquel día. He intentado vivir mi vida dignamente, y espero que a tus ojos haya sido suficiente y me haya ganado lo que hicieron por mí.
----------------------------	--	--

Las escenas presentadas no son de temática médica. Esto es, también, una novedad. 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 no nos cansamos de sorprendernos.

Veamos algunos ejemplos (26):

Este es el comentario de un estudiante presente en una de las sesiones:

234

“Hay que tener sentido en lo que uno hace. Es como en aquella película donde la protagonista trabaja en una fábrica de osos de peluche. Alguien le dice: ¿cómo puedes ser feliz haciendo esto? Y ella responde: “Yo no fabrico muñecos, sino que hago felices a los niños”.

Los comentarios simultáneos del facilitador no pretenden guiar a conclusiones o indicar la “moraleja” de la fábula. Son reflexiones en voz alta que desafían a que, cada uno por su cuenta, también se atreva a reflexionar con sinceridad. No importa tanto lo que se proyecta (la escena), ni los comentarios, sino lo que cada uno es capaz de pensar y reflexionar. Otro ejemplo de dos estudiantes:

“Pensé que tendría problema para acompañar la película y estar atento a los comentarios del profesor. Pero no. Los comentarios se me adelantaban a lo que yo misma pensaba. Fue una sintonía excelente”.

“No se trata de estar de acuerdo con lo que el profesor comenta. Hay cosas en las que no estoy acuerdo. Pero lo importante no es concordar, sino que los comentarios estimulan mi propia reflexión. Por eso son imprescindibles”.

Finalmente, se podría argumentar una crítica -tal vez una limitación- a esta metodología. Parece que todo depende del “carisma” del facilitador, de su habilidad en subrayar las escenas con los comentarios oportunos. Si

bien es verdad que esta habilidad no es despreciable, también hay que aclarar que lo más importante es la dedicación sincera del educador, su voluntad de enseñar, su transparencia al realizar los comentarios que proceden de su propia afectividad estimulada por las escenas. Se puede tener mejor o peor técnica, habilidades sobradas o escasas, pero lo que no puede faltar es el entusiasmo por enseñar. Esta actitud también nos conduce a la ética, como lo señala Maraño:

La conclusión es clara, y al mismo tiempo comprometedora. Para promover la ética, para fomentar el humanismo en los estudiantes hay que ser, de algún modo, un humanista (23).

## A modo de conclusión

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículum médico no son por tanto 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 una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. En facultades de medicina se ofrecen cursos curriculares -obligatorios o electivos-, algunos con experiencia de años de funcionamiento, otros todavía con carácter pionero (29,30).

Las experiencias educacionales con el cine nos brindan resultados alentadores, y abren nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos. En primer lugar, se crea oportunidad y espacio para discutir cuestiones que, de hecho, ocupan y preocupan al estudiante y que no hay ocasión de abordar en el currículum convencional: temas centrados sobre la afectividad, la postura médica, las actitudes, en fin, valores y cuestionamientos vitales. El educador surge como un facilitador del diálogo entre los alumnos que arranca de las escenas proyectadas para entrar después en su mundo personal. El diálogo enriquece porque permite dividir “lo que fue sentido y vivido”, y se aprende a crecer con las opiniones ajenas, a oírlas y respetarlas.

¿Qué advertencias nos trae la posible utilización del cine para la educación afectiva? Sin duda, en primer lugar, el impacto que una educación centrada en la gratificación -y no sólo en la acumulación de datos- proporciona. La gratificación motiva, alimenta las ganas de aprender, se aprende de hecho durante la experiencia, y se abren posibilidades de aprendizaje continuado al contacto con las realidades del día a día. El deseo de aprender desemboca en la reflexión, y de este modo se puede conseguir la inte-

gración deseada y anteriormente comentada: partir de la emoción, de lo concreto, de la imagen, para llegar a construir conceptos y fundamentar lógicamente lo que se aprende. El libre tránsito de las emociones durante la vivencia con el cine, ampliado por la discusión posterior, hace que el alumno, después, fuera de la clase, en contacto con situaciones análogas, añada reflexión a la emoción. El cine es un recurso educativo de alto impacto y, como toda arma con fuerte poder de fuego, requiere cautela en su utilización. Hacerlo de modo apresurado, sin tener claros los objetivos que se persiguen, carecer de experiencia en el manejo de grupos de discusión, impericias técnicas al emplear los medios audiovisuales o hacerlo de modo repetitivo, puede desvirtuar la metodología. Como se ha apuntado, el sincero compromiso docente -el profesor que demuestra su deseo de aprender junto con los alumnos, de crecer a cada día- puede suplir muchas de estas deficiencias.

Surge así una metodología innovadora que puede colaborar en la formación ética y humanística del futuro médico. Una metodología que contempla el contexto cultural del estudiante -delineado por emoción e imagen, cultura del espectáculo- para establecer sintonía y proseguir en la construcción de conceptos. Un intento, con resultados positivos en nuestra experiencia, para fomentar la vertiente humanista de la formación del médico. Y es que hoy, como siempre, no le cabe más remedio al médico que 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 y psicológico, demostrando sensibilidad, afecto y ética con el enfermo. Y todo en permanente cordialidad y concordia -*cumcordis*, corazón con corazón en el decir de Ortega-. Una postura que es vivir, en la práctica diaria, la ciencia y el arte de ser médico.

## Bibliografía

1. Moreto G, Bariani DB, Pinheiro TR, Altisent R, Blasco PG. *Una nueva metodología docente en bioética*. Experiencias con la aplicación del Portafolio a Estudiantes de Medicina en Brasil. *Persona y Bioética* 2008; 12 (2): 133-144.
2. Blasco PG, Janaudis MA, Levites. *Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados*. *Aten Primaria* 2006; 38 (4): 225-229.
3. Blasco PG. *O médico de família, hoje*. São Paulo: Sobramfa; 1997.
4. Blasco PG, Otalora MSD, Pastushenko J, Altisent R. *¿Cómo enseñar bioética en el pregrado?* Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria* 2009; 41 (2):103-108.
5. Mendel D. *El buen hacer médico*. Pamplona: EUNSA; 1991.
6. Ruiz-Calderón JMS. *Los principios de la bioética*. Cuadernos de Bioética 1992; 12 (4): 23-33.
7. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1957.
8. Macintyre A. *After virtue*. Liverpool: Duckworth; 1981.
9. Ortega y Gasset, J. *Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América*. Madrid: Revista de Occidente; 1981.
10. Sierra, A. *La afectividad: eslabón perdido de la educación*. Pamplona: EUNSA-Universidad de la Sabana; 2008.
11. Thibon G. *Una mirada ciega hacia la luz*. Barcelona: Belacqua; 2005.
12. Ruiz Retegui A. *Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la Antropología Cristiana*. Madrid: Rialp; 1999.
13. Marías J. *La educación sentimental*. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
14. Ferres J. *Educación en una cultura del espectáculo*. Barcelona: Paidós; 2000.
15. Decourt LV. *William Osler na Intimidade de Seu Pensamento*. Revista do Incor. 2000. São Paulo.
16. Shapiro J. *Literature and the arts in medical education*. *Fam Med* 2000; 32 (3): 157-8.
17. Blasco PG. *Literature and movies for medical students*. *Fam Med* 2001; 33(6): 426-8.
18. Whitman N. *A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teacher*. *Fam Med* 2000; 32 (10): 673-4.
19. Blasco PG, Moreto G, Levites MR. *Teaching Humanities through Opera*. Leading Medical Students to Reflective Attitudes. *Fam Med* 2005; 37 (1): 18-20.
20. Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
21. 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 (10): 566-72.
22. 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.

23. Blasco PG, Alexander M. Ethics and Human Values. In: Alexander M, Lenahan P, Pavlov. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
24. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. Workshop: *Humanities Through Cinema. Using Movie Clips to Teach Family Medicine Core Values and Address students emotions*. In: Wonca Europe 2006 Meeting: Toward the Medical Renaissance. Bridging the gap between Biology and Humanities. Firenze; 2006.
25. [www.sobramfa.com.br](http://www.sobramfa.com.br) [Fecha de consulta: 15 de septiembre de 2009].
26. Blasco, PG. *Medicina e Família & Cinema*. Recursos Humanísticos na Educação Médica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
27. Blasco, PG. *Educação da Afetividade através do Cinema*. São Paulo: IEF - Sobramfa; 2006.
28. Marañón G. *Vocación y ética*. Madrid: Espasa-Calpe; 1947.
29. Blasco PG, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Freeman J. Symposium: *Arts and humanism in medical education to promote family medicine*. In: Wonca 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference Program. Abstract n. 3936.
30. Blasco PG, Roncoletta AF, Moreto G, Gallian DMC, Freeman J. Seminar: *Teaching humanities through movies: a cinema course for medical students*. In: 36th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2003. Conference Program, p. 58.

## MEDICINA DE FAMILIA Y CINE: UN RECURSO HUMANÍSTICO PARA EDUCAR LA AFECTIVIDAD

**P. González Blasco**

Director Científico de SOBRAMFA. Sociedad Brasileña de Medicina de Familia. Sao Paulo, Brasil

**A.F.T. Roncoletta**

Directora de Graduación de SOBRAMFA. Sao Paulo, Brasil.

**G. Moreto**

Coordinadora de Programas de SOBRAMFA. Sao Paulo, Brasil.

**M.R. Levites**

Director de Programas Internacionales de SOBRAMFA. Sao Paulo, Brasil.

**M.A. Janaudis**

Secretario General de SOBRAMFA. Sao Paulo, Brasil.

239

### Medicina y Humanismo

Cuidar del enfermo: ésta es la razón de ser de la medicina, su origen histórico y la esencia de la profesión médica. El médico está en función del paciente para cuidarlo con ciencia y dedicación. Y cuidar exige, en primer lugar, comprender; sin comprensión de la persona, difícilmente se dispensarán los cuidados adecuados. Una comprensión que debe trascender la enfermedad, para alcanzar a la persona que la padece, y el significado que la enfermedad supone para el enfermo. El médico necesita, para cuidar correctamente, incorporar una perspectiva antropológica de la enfermedad que le permita comprender al paciente en su enfermar correcto. Y como su ciencia es primordialmente práctica, deberá ser también la suya una antropología activa que se difunda capilarmente en su actuación clínica. Humanismo y antropología no son para el médico un apéndice cultural, o complemento interesante de su formación, sino una perspectiva necesaria para ejercer con eficacia su profesión, fuente de conocimiento, y base para adoptar una postura sobre la cual construir su identidad como médico<sup>1</sup>.

El humanismo es para los médicos verdadero principio de conocimientos que son tan importantes -ni más, ni menos- que los adquiridos por otros médicos que siendo tal vez más científico-positivos no por ello son más verdaderos. Todos los recursos de que el médico puede disponer convergen sobre la persona del enfermo cuando lo que se pretende es cuidar. Humanismo y técnica, ciencia positiva y arte, son caminos sinérgicos del instrumental diagnóstico y terapéutico del hacer médico. Algo de esto quería decir Marañón cuando comentaba que “el ser humano, ambiciosos y al mismo tiempo humilde, sirve para madurar para fijar, para hacer prudente y eficaz el instrumento de la profesión”<sup>2</sup>. El progreso de la técnica, los adelantos de la ciencia positiva se encargaron -más por abundancia que por deseo explícito- de distraer al médico del motivo real de su misión: el cuidado de la persona enferma. Dar más atención al proceso de investigación y al conocimiento de las afecciones que al enfermo, que corre el riesgo de perder su identidad en un laberinto de novedades es el resultado de esa distracción histórica, de su olvido de la razón de ser de la medicina. A esta distracción se le denomina deshumanización de la medicina, curiosa paradoja, que ahora nos empeñamos en rehumanizar. Reconquistar para el médico la postura humanística, que nunca debería haber perdido, es el desafío actual que se nos propone. Aprender a integrar el progreso científico en un contexto humanista para colocarlo al servicio del enfermo sería el núcleo de este proceso, verdadero regreso al origen, asimilando el presente saturado de utilísima tecnología.

Recuperar el humanismo o es imposición de una visión “romántica” de la medicina, ni siquiera una estrategia de actuación para trabajar “más humanamente” las situaciones que por su naturaleza lo requieren como, por ejemplo, la relación médico-paciente. La perspectiva humanística es una obligación de rigor científico, ya que sin el humanismo la ciencia médica estaría amputando una de las fuentes científicas del saber. El humanismo es innato a la profesión médica. Un médico sin humanismo no es propiamente un médico sino más bien una especie de “mecánico de personas”<sup>3</sup>.

Las circunstancias actuales, de vertiginoso progreso técnico, exigen ampliar proporcionalmente el ámbito del humanismo médico y encontrar un nuevo punto de equilibrio, moderno, propio de los días actuales. El humanismo que hoy se necesita, es un humanismo moderno -de siglo XXI en las formas, sin omitir la densidad antropológica de fondo.

Y es justamente en esta carencia donde pecan muchos de los intentos humanizantes que, casi espasmódicamente y como sacudiéndose el exceso de técnica que empalaga, proponen editar un humanismo de otras épocas. Son como clamores de añoranza de un humanismo de tiempos pasados que no corresponden -ni se pueden encajar- en la mentalidad actual.

¿Cómo construir este nuevo humanismo, sin reimprimir de modo simple

humanismos de tiempos pasados con aroma de naftalina? Ésta es la misión de la universidad, y de todos los que están comprometidos en el proceso formativo de los futuros médicos. Encontrar caminos para un humanismo actual, como perfil moderno, que consiga equilibrar un progreso cuyos adelantos se cuentan por minutos. Esto requiere metodología, sistemática, como si se tratase de aprender a hacer de nuevo lo que en otros tiempos tal vez se practicaba espontáneamente, o mejor dicho, culturalmente. De lo contrario, se continuarán formando profesionales deformes, técnicamente habilitados, con serias deficiencias humanas. Médicos que no siendo equilibrados desconocen la perspectiva personalista de la enfermedad y, naturalmente, no consiguen conquistar la confianza del paciente que busca ayuda.

## Humanidades y educación médica

Las humanidades, cuando son incorporados en el proceso formativo académico, surgen como importante recurso que permite desarrollar la dimensión humana del profesional. Es ésta una dimensión profesional imprescindible por ser, justamente, la que el paciente mejor nota, y sobre la que hace recaer sus solicitudes. El paciente quiere, sobre todo, un médico educado, esto es, alguien que no tenga sólo conocimientos técnicos, sino que sea capaz de entenderlo como un ser humano que tiene sentimientos, que busca una explicación para su enfermedad, y requiere amparo en su sufrimiento<sup>4</sup>. Para lidiar 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.

241

La busca metodológica del moderno equilibrio en la formación de los futuros médicos se concretiza en iniciativas variadas que integran las humanidades en el proceso de educación académica. Estos proyectos -que cristalizan en líneas de investigación- tienen como denominador común el postulado de que las artes ayudan a comprender las emociones humanas, las actitudes del enfermo y, en último término, ayudan al médico a cuidar correctamente del paciente. Los objetivos educacionales de esta incorporación formal de las humanidades en el proceso formativo de los estudiantes de medicina son, principalmente, el despertar actitudes y valores, muchas veces inesperados en los propios estudiantes. No se miden los objetivos por los resultados finales -siempre difíciles de cuantificar, tratándose de cualidades- sino por la capacidad de comprensión del ser humano que es el propio proceso que pretende educar y no sólo entrenar<sup>5</sup>.

Un estudio interesante<sup>6</sup> analiza la percepción de los estudiantes de medicina relacionada con lo que interpretan como deficiencias en su forma-

ción humana. Los mismos estudiantes apuntan dos motivos que pueden explicar estas carencias. Por un lado, el hecho de que el currículum está saturado de nuevas técnicas y conocimientos científico-positivos sin dejar espacio para cuestiones de orden humanístico. El segundo motivo, de más difícil solución, también salta a la vista: es mucho más fácil enseñar técnica que promover cambios de actitudes frente a la vida y fomentar valores, que es el núcleo de la formación humanística.

Las iniciativas que se proponen integrar las humanidades en el currículum médico no son por tanto 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 una preocupación constante entre los educadores, que encuentra espacio en las publicaciones orientadas para educación médica. Los recursos humanísticos abarcan el amplio espectro de la condición humana. Cursos curriculares -obligatorios o electivos- son ofrecidos en facultades de medicina, algunos con experiencia de años de funcionamiento, otros todavía con carácter pionero. Literatura y teatro<sup>7</sup>, poesía<sup>8</sup>, ópera<sup>9,10</sup> y artes<sup>11</sup> componen el mosaico de posibilidades que los educadores utilizan para ayudar al estudiante a construir su identidad equilibrada, su formación completa. El cine también empieza a surgir entre las publicaciones como un recurso útil en el universo de la educación médica<sup>12-14</sup>. Y dentro de este esfuerzo educacional justo es reconocer que la Medicina de Familia como disciplina académica se empeña, por su propia naturaleza, en ofrecer un contexto formal para desarrollar estos proyectos<sup>12,14,15-18</sup>.

242

## **El universo del estudiante: una cultura de la emoción y de la imagen**

Si comprender al paciente es requisito imprescindible para la práctica médica, y punto de partida en el esfuerzo por humanizar al médico -recordándole sus raíces-, comprender al alumno, futuro médico, será también el primer paso en el proceso de cualquier intento de formación humanista académica.

La dimensión afectiva -educación de las emociones- se presenta con particular importancia 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 por que son, desde la perspectiva del alumno, un elemento esencial en su proceso formativo. En el moderno contexto cultural se puede afirmar, sin temor a equivocarse, que las emociones son como la puerta de entrada para entender el universo donde el alumno transita, se mueve, y consecuentemente se forma.

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 coloque en educar, que con razonamientos especulativos. Partiendo de esta experiencia, Ruiz Retegui<sup>19</sup>, 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 e 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, para el universitario de hoy. Se prestaría atención a lo que es bonito estéticamente, sin atender 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 sería esto una seudoeducación? ¿No estaríamos dejando la verdad en un segundo plano, y nos guiaríamos, sin más, por lo que es estéticamente agradable?

Este mismo autor 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, incorporar habilidades sin reflexionar; pero no se puede adquirir virtudes, mudar las actitudes sin hacerlo. Hay que pensar, o mejor, hay que hacer pensar, y para esto sirve la estética, y las emociones que la acompañan. Se trata de establecer un punto de partida, como una pista desde la que se pueda despegar para un aprendizaje más profundo. Empezar por lo que es bonito y estéticamente bello, lo que “nos toca la emoción”, para después zambullirse en la construcción de valores que además de bonitos son verdaderos. Es aquí donde el cine, despertador de emociones, entra en escena como veremos después.

¿Cómo se trabajan las emociones en este contexto? En su ensayo sobre la virtud, McIntyre<sup>20</sup> nos recuerda que en las culturas griegas, medieval y renacentista el medio principal de educación moral era contar historias. 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 plenamente. Y con la experiencia “vívida 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 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. Éste, 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 educativa. Mediante la catarsis es posible colocar “en su sitio” los sentimientos acumulados -emociones- que la mayoría de las veces se amontonan de modo desordenando en la afectividad.

La ayuda que los clásicos nos brindan para trabajar las emociones, es por demás útil si admitimos que en el universo del estudiante de hoy las emociones son actores principales en el escenario de la educación. 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 ellas. Compartir emociones, ampararlas en discusiones abiertas, abre caminos para una verdadera reconstrucción afectiva que la cultura actual prácticamente impone.

244

Comprender el universo cultural del estudiante es condición necesaria para la buena marcha de cualquier proyecto educativo. Esto es lo que Ortega quería decir cuando advertía que no bastaba saber lo que se dice, sino a quién se está diciendo. Y por eso, al tratar de la universidad la definía como “la proyección institucional del estudiante”. Es decir; lo que al final de cuentas importa no es lo que el profesor enseña, o un saber abstracto, sino lo que realmente se puede enseñar y lo que el estudiante es capaz de aprender<sup>21</sup>.

La cultura de la emoción está intrínsecamente unida al otro elemento configurante del universo del estudiante; la imagen, o como Ferrés<sup>22</sup> define en estudio reciente, “una cultura del espectáculo”. El estudiante llega hasta el educador anclado en una formación que privilegia la información rápida, el impacto emotivo, la intuición en vez del razonamiento lógico. Y esto no sólo en lo que a educación se refiere, sino es el propio modo de ver -casi diríamos de sentir- la vida. Predomina una cultura de la prisa donde apenas tiene vez la reflexión. Las personas se refugian en la velocidad son empujadas a vivir el presente, y por la prisa -en palabras de Ferrés- “no consiguen frecuentar el pasado. Un contexto cultural de lo fragmentario, de lo rápido y sensorial. Que se traduce en actitudes inmediatistas, dinámicas, impacientes.

Parece natural -siguiendo el análisis del mismo autor- que dados estos parámetros, sea la imagen sensible, y no el concepto lógico, la que asuma el protagonismo del contexto. En la “cultura del espectáculo” lo sensorial es potencializado porque alcanza directamente al espectador, provocando emociones, sin pasar previamente por la comprensión racional. La recompensa emotiva es directa, diferente de la que se obtiene cuando se “comprende un concepto” y después la comprensión provoca la emoción correspondiente. Con la imagen todo es directo, rápido, como un atajo que despierta la emoción sin que se sepa por qué. Las emociones derivan de los significantes, sin necesidad de entenderse los significados, el contenido conceptual. El espectador es un receptor que la cultura de la emoción torna idóneo para encajarse en la cultura de la imagen, de lo sensible. Las respuestas racionales -“estoy de acuerdo o no estoy”- se ven sustituidas por “me gusta o no me gusta”, que son respuestas emotivas que la imagen despierta.

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

245

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, ya lo hemos visto, 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 elementos de motivación inseridos en una cultura moderna.

Pero toda esta libertad que damos al gobierno de las emociones, ¿no nos dejará el sabor del gusto de cada uno? ¿Cómo es posible construir conocimiento sobre la natural oscilación afectiva? Recurriendo a los clásicos recordaremos que Platón consideraba como finalidad de la educación enseñar a desear lo que tiene que ser deseado. Aristóteles también habla de educar el deseo.. Y aquí surge otro desafío: educar el deseo, mostrar

los caminos para que el deseo se eduque, como si fuera una formación del paladar afectivo, para aprender a que guste lo que es bueno. Enseñar la verdadera sabiduría, como bien definía Bernardo de Claraval: “Sabio es aquel a quien las cosas saben como realmente son”.

Todo este proceso requiere texto, habilidad, evitar precipitaciones, promover un aprendizaje que respete, de algún modo, el ritmo casi fisiológico de la emotividad. No se puede obligar a nadie a sentir lo que no siente. Se puede, sencillamente, mostrar el gusto, y esperar que el tiempo -y la reflexión sobre lo que se siente, lo que se gusta, en fin, sobre las emociones- vaya perfeccionando el paladar afectivo. Un proceso que Julián Marías<sup>23</sup> denomina, con sabor clásico, educación sentimental.

Ésta sería la función del educador, un verdadero promotor de la cultura, que despierta el deseo de aprender, contagia el entusiasmo por conocer y consigue que el estudiante coloque lo mejor de sus esfuerzos al servicio de su propia formación. 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 sólo con ideas. No se puede partir únicamente de la ideas a priori, sino que es necesario adaptarse a las reacciones que las ideas provocan en el interlocutor. Y aquí surge el nuevo desafío: educar al compás de la flexibilidad. Un desafío que tendrá de ser enfrentado si se pretende realmente educar. “Si la nueva generación -comenta Ferrés- no consigue convertir las imágenes en pensamiento, es porque el educador no supo primero convertir el pensamiento en imagen”.

¿Cómo se convierte el pensamiento en imagen? ¿Cómo se opera la metamorfosis del concepto en algo concreto, sensible, al gusto del consumidor universitario actual? Contar historias es uno de los modos posibles. En una cultura del espectáculo -saturada de imágenes, emoción e intuición- lo narrativo también predomina sobre el discurso. Todo se hace historia, ejemplo, que se traduce en imágenes. Un terreno fértil que invita a pensar en el cine como posibilidad adecuada para ayudar en el proceso educacional. Un recurso que encaja perfectamente dentro de la cultura de la emoción y del espectáculo.

## **El cine como recurso educacional**

El sentir clásico nos presenta el arte contador de historias como un camino para la “catarsis” de las emociones, colocarlas “en su sitio”, educarlas. El cine multiplica las posibilidades 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. Con acierto y profundidad, Julián Maras<sup>23</sup> comenta la función educadora del cine en la cultura actual, y copia un párrafo sumamente expresivo -escrito hace años, afirma- porque le parece difícil repetir lo mismo con menos palabras. Parece, pues, sensato no enmendarle la plana al autor y citar algunas frases, de claridad meridiana.

Anota Marías: “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 sólido 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 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”.

247

Y es que la convivencia virtual -como diríamos en lenguaje de hoy- se amplía en posibilidades y ocurre como experiencia lo que, en su realidad corpórea nunca habría sido posible. Los sentimientos y las pasiones descritos en la literatura toman cuerpo en el cine, se vuelven sensoriales: podemos oírlos, verlos, comprenderlos y ser sorprendidos. Posibilidades que el cine multiplica y que por hacerlas concretas 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.

Una última cita de Marías expresa esta idea con perfección. “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 (...= Estas conexiones vitales ponen de manifiesto el dramatismo que es la condición misma de la vida humana. Esto es el antídoto del utilitarismo, de la homogeneidad a que tantos estímulos conducen en nuestro tiempo (...). 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”.

Las experiencias educacionales que la enseñanza de la medicina de familia nos ha permitido con el cine<sup>12,13,20,21</sup> nos brindan resultados alentadores, y abren nuevas perspectivas en la formación de los futuros médicos. En primer lugar, se crea una oportunidad y espacio para discutir cuestiones que, de hecho, ocupan y preocupan al estudiante y no hay ocasión de abordar en el currículum convencional: temas centrados sobre la afectividad, la postura médica, las actitudes, en fin, valores y cuestionamientos vitales. El educador surge como un facilitador del diálogo entre los alumnos que arranca de las escenas proyectadas para entrar después en su mundo personal. El diálogo enriquece porque permite dividir “lo que fue sentido y vivido”, y se aprende a crecer con las opiniones ajenas, a oírlas y reportarlas.

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

Un parámetro de cualidad -que nos confirma estar en el camino correcto- es la facilidad con que los estudiantes transportan para el ámbito médico las vivencias que encuentran en el cine; la temática médica está ausente de la mayoría de las escenas. Las escenas proyectadas sonde te-

mática humana, 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 que deberá ser seguido. La cultura de la imagen es metafórica y los alumnos, bien situados en esta cultura son hábiles lectores de metáforas y descubridores de analogías implícitas.

El contexto cultural -imagen y emoción- del estudiante favorece otras dos habilidades por demás útiles: la posibilidad de incorporar un modo nuevo de comunicarse, y la facilidad de traducir la vivencia cinematográfica para situaciones de los cotidianos. El cine se convierte en un lenguaje peculiar entre los alumnos y entre alumnos y profesor. Un lenguaje que permite darse a conocer, en proceso inverso a la incorporación metafórica de lo que se ve en las escenas: el alumno se espeja en la escena y en el conflicto proyectado, pero también utiliza la escena para dar a conocer su universo interior. El cine presta su fuerza comunicativa para a través de lo concreto -imágenes y emociones que todos sienten y viven- abrir su mundo interior. Un universo que debe ser contemplado con respeto ya que el alumno lo ventila porque, de algún modo, está pidiendo ayuda para ser formado. El cine actúa, pues, como verdadero “facilitador” que permite construir y educar en la ética y los valores con eficacia y fecundidad<sup>22</sup>.

El transporte para lo cotidiano prolonga el aprendizaje que surge del contacto con el cine. La reflexión -que se inició en la clase, en el aula- se prolonga durante el día a día, al contacto con situaciones que evocan lo que se vivenció durante el espacio formal educativo con el cine. Las vivencias cinematográficas crean en el alumno una actitud reflexiva, en lenguaje gráfico, de fácil recordación, en el ámbito de la memoria afectiva. Así, la historia de vida, la frase de impacto, la actitud concreta y la vivencia que despertó en el momento educacional, se revive en lo cotidiano -al rozar con la propia vida- y provoca la reflexión y la inquietud por aprender. Este fenómeno es lo que los alumnos denominan “detonadores” para designar la función de las escenas que vistas, vivenciadas y discutidas, pueden provocar a *porteriori*, una reflexión que educa, mientras se vive la propia vida.

¿Qué advertencias nos trae la posible utilización del cine para la educación afectiva? Sin duda, en primer lugar, el impacto que una educación centrada en la gratificación -y no sólo en acumulo de datos- proporciona. La gratificación motiva, alimenta las ganas de aprender, se aprende de hecho durante la experiencia, y se abren posibilidades de aprendizaje continuado al contacto con las realidades del día a día. El deseo de aprender desemboca en la reflexión, y de este modo se puede conseguir la integración deseada y anteriormente comentada: partir de la emoción, de lo concreto, de la imagen, para llegar a construir conceptos y fundamentar

lógicamente lo que se aprende. El Libre tránsito de las emociones durante la vivencia con el cine y ampliado por la discusión posterior hace que el alumno, después, fuera de la clase, en contacto con situaciones análogas, añada reflexión a la emoción<sup>22</sup>.

El cine surge como una metodología innovadora que puede colaborar en la formación humanística del futuro médico<sup>18</sup>. Una metodología que contempla el contexto cultural del estudiante -delineado por emoción e imagen. Cultura del espectáculo- para establecer sintonía, y proseguir en la construcción de conceptos. Un intento, con resultados esperanzadores en nuestra experiencia, para fomentar la vertiente humanista de la formación del médico. Y es que hoy -como siempre- no le cabe más remedio al médico que 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 y psicológico, demostrando sensibilidad, afecto, y ética con el enfermo. Y todo en permanente cordialidad y concordia -*cum cordis*, corazón con corazón, en el decir de Ortega-. Una postura que es vivir, en la práctica diaria, la ciencia y el arte de ser médico.

## Utilizando el cine para educar al afectividad

250

### ¿Qué se puede enseñar con el cine?

- Valores humanos, virtudes, actitudes.
- Promover la reflexión individual como auxilio en la educación afectiva.

### Pasos de una posible metodología

• Utilizar escenas de películas, seleccionadas previamente, y editadas en “clips” de acuerdo con una temática común.

• Comentar las escenas mientras son proyectadas, a modo de reflexiones en voz alta.

• Establecer una discusión abierta, al final de la proyección, donde los participantes pueden comentar las escenas: lo que vieron, lo que vivieron, lo que fue evocado.

• Promover la iniciativa de los participantes para que, en sesiones posteriores, traigan otras escenas de películas que le son representativas.

### A modo de ejemplo escenas de películas y comentarios

- Idealismo.

*Tucker: “No importa si son 50 o 50 millones. Lo que cuenta es el ideal, el sueño”*

**Instinct:** “¿Qué has perdido? Mis ilusiones”.

- El dolor y el sufrimiento.

**Shadowlands:** “El dolor es el altavoz de Dios para despertar un mundo adormecido”

- Enfrentar las dificultades, fortalecer la voluntad.

**The Truman Show:** “Aumenta el viento... Está atado al barco”

- Bioética.

**Mary Shelley’s Frankenstein:** “¿Quién soy yo? ¿Tengo alma o te olvidaste de ese detalle? ¿Alguna vez has pensado en las consecuencias de tus actos?”

- Realismo y perspectivas de vida.

**Mr. Holland’s Opus:** “La vida es lo que ocurre mientras estás ocupado haciendo planes”.

- ¿Qué es el amor? Generosidad y egoísmo.

**Marvin’s Room:** “Soy feliz porque tuve mucho amor para dar en mi vida”.

- Pidiendo ayuda cuando surgen dudas vitales.

**Casablanca:** “Ya no sé lo que es correcto. Tendrás que pensar por nosotros dos... Si no subes a ese avión te arrepentirás, No hoy, ni mañana, pero algún día y para siempre”.

- Amistad y nobleza: ayudar con creatividad.

**Scent of a Woman:** “Dame un motivo para no matarme. Bailas tango y conduces un Ferrari como nadie”.

- Liderazgo y carácter.

**Glory:** “Si vosotros no recibís el sueldo justo, aquí nadie recibirá... Para la batalla se necesita más que descanso: es preciso carácter, pujanza de corazón”.

- Responsabilidad y compromiso.

**Saving Private Ryan:** “James, tienes que ganarte esto... Todos los días pienso en lo que me dijiste aquel día, en el puente. Viví mi vida lo mejor que pude. Espero que por lo menos a tus ojos, haya suficiente y me haya hecho merecedor de lo que todos hicisteis por mí”.

## Bibliografía

1. **Monasterio F.** *Planteamiento del humanismo médico.* En: II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Humanismo e medicina. Murcia, España: Previsión Sanitaria Nacional & Colegio Oficial de Médicos, 1982.
2. **Marañón G.** *La medicina y nuestro tiempo.* Madrid: Espasa Calpa, 1954.
3. **Blasco PG.** *O médico de familia, hoje.* Sao Paulo: SOBRAMFA, 1997.
4. **Claman KC.** *Literature in the education of the doctor.* Lancet. 1997; 350:1622-4.
5. **Downie RS, Hendry RA, Macnaughton RJ, Smith BH.** *The humanizing medicine: a special study module.* Med Educ. 1997; 350:1622-4.
6. **Maheux B, Delorme P, Beaudry J.** *Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainee of three Canadian schools.* Acad Med. 1990; 65:1,41-5.
7. **Shapiro J.** *Literature and the arts in medical education.* Fam Med. 2000; 32:157-8.
8. **Whitman N.** *A poet confronts his own mortality: what a poet can teach medical students and teachers.* Fam Med. 2000; 32:673-4.
9. **Moreto G, Roncoletta AF, Pinheiro TR, Blasco PG.** *Teaching humanities through opera: leading medical students to reflexive attitudes.* En: Symposium WONCA, 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference program. Abstract N° 3430.
10. **Blasco PG, Moreto G, Levites MR.** *Teaching Humanities through Opera. Leading Medical Students to Reflexive Attitudes.* Fam Med. 2005; 35:18-20.
11. **Blasco PG, Levites MR, Roncoletta AFT, Moreto G, Freeman J.** *Arts and humanism in medical education to promote family medicine.* Symposium WONCA, 17th World Conference of Family Doctors; 2004. Conference program. Abstract N° 3936
12. **Blasco PG.** *Literature and movies for medical students.* Fam Med. 2001; 33-426-8.
13. **Blasco PG, Levites MR, Albin RR.** *O valor dos recursos humanísticos na educação médica: literatura e cinema na formação acadêmica.* Rev. Videtur, Sao Paulo. 1999; 8:31-40. Disponible en: <http://www.hottopos.com/videtur8/pablo.htm>
14. **Alexander M, Lenahan P, Pavlov A.** *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
15. **Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AF, Leoto RF, Valle TR.** *Humanities through cinema: using movie clips to teach family medicine core value and address students' emotions.* Workshop WONCA, 17th Conference of Family Doctors; 2004. Conference program. Abstract N° 3428.
16. **Blasco PG; Roncoletta AF, Moreto G, Gallian DMC, Freeman J.** *Teaching humanities through movies: a cinema course for medical students.* En: Seminar 36th Annual Spring Conference of the Society of Teachers of Family Medicine; 2003. Conference program. P. 58.
17. **Blasco PG, Alexander M.** *Ethics and Human Values.* En: Alexander M, Lenahan P, Pavlov A, editores. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education.* Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
18. **Blasco PG.** *Medicina de familia & cinema: recursos humanísticos na educação médica.* Sao Paulo: Casa de Psicólogo, 2002.

19. **Ruiz Retegui A.** *Pulchrum: reflexiones desde la antropología cristiana*. Madrid: Rialp, 1999.
20. **MacIntyre A.** *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica; 1997.
21. **Ortega y Gasser J.** *Misión de la universidad*. Madrid: Revista de Occidente: alianza Editorial; 1997.
22. **Ferres J.** *Educación en una cultura del espectáculo*. Barcelona: Paidós; 2000.
23. **Marías J.** *La educación sentimental*. Madrid: Alianza Editorial; 1992.