

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo
secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de
1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud
Doctorado en Investigación Psicológica



La enseñanza de la Ecuanimidad Compasiva a Residentes de Medicina Familiar. Un Estudio Cualitativo

TESIS que para obtener el **GRADO** de
DOCTOR EN INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA

Presenta: **ISMAEL RAMÍREZ VILLASEÑOR**

Directores **TERESITA MORFÍN LÓPEZ Y ANTONIO RAY
BAZÁN**

Tlaquepaque, Jalisco. 17 de Abril de 2024.

*Este trabajo está hecho del espíritu migrante de mis padres,
De los burritos de tortilla recién hecha de mi abuela María
De los avioncitos de pan de Don Pablito, fui un niño afortunado.
Del cariño de mis hermanas, del amor a y de Tzinti y Vylil.
Doy gracias por la oportunidad de servir a miles de personas que necesitaron mi ayuda
en algún momento de su vida.
Mi convicción es que la ecuanimidad compasiva es necesaria en la formación del médico
mexicano y que la medicina familiar puede emprender el reto de enseñarla.
Mi especial agradecimiento a los 5 participantes de este estudio que generaron la idea
de “un médico familiar mexicano de nuevo tipo”.*

Agradecimientos:

Este proyecto fue posible gracias a la beca # 785445 del CONAHCYT de marzo de 2020 a mayo de 2024.

Mi sincero agradecimiento a mis tutores y lectores científicos: Teresita Morfín López, Antonio Ray Bazán, Rebeca Mejía Arauz, José Manuel Ramírez Aranda. Sin ellos este proyecto no habría sido posible.

Tabla de contenidos

Resumen.....	9
Summary	10
Introducción	12
Capítulo 1. Planteamiento del problema	18
Pregunta principal de investigación	26
Justificación	28
Capítulo 2. Fundamento teórico.....	29
Las Escuelas de Cos y de Cnidos.....	31
El dualismo mente y cuerpo en la medicina occidental	32
El lado objetivo de la medicina occidental	35
Sobre el dualismo razón-emoción.....	43
El lado subjetivo de la medicina	51
La medicina cómo práctica social	64
Modelos de relación médico paciente	69
La ecuanimidad compasiva.....	76
La perspectiva histórico cultural del desarrollo y aprendizaje.....	90
Propuesta formativa en ecuanimidad compasiva	113
Otros enfoques de enseñanza de procesos emocionales en la relación médico paciente	114
Capítulo 3. Método	126
Investigación cualitativa	126
Intervención efectuada	136

Método de enseñanza-aprendizaje (método RAVI-JAL)	139
Sistematización de los datos recolectados.	154
Capítulo 4. Resultados	161
Mapa analítico que guía la presentación de los resultados del estudio	161
Las siete categorías de análisis de este estudio	163
Capítulo 5. Discusión de los resultados	244
Objetivo principal de la investigación	245
Contrastación de los datos con el marco teórico con nuevas publicaciones teóricas .	256
Contrastación con estudios empíricos.....	260
Algunos temas de debate	268
Contextualización de los resultados con el estado actual de la educación médica	276
Fortalezas y limitaciones del estudio	280
Capítulo 6. Conclusiones de la investigación y otros desarrollos.....	283
Aportaciones de esta investigación a la educación médica mexicana	283
Referencias bibliográficas.....	289
Anexos	316
Anexo 1. Método de enseñanza RAVI-JAL	316
Anexo 2. Registro de actividad en la exposición a los cortos de cine y el caso “Edgar”	325
Anexo 3. Formato de consentimiento informado	327
Anexo 4. Entrevistas del trabajo de investigación	330
Anexo 5. Memo de memos analíticos compartido con los participantes.....	336
Anexo 6. Dibujos de los participantes al principio y al final del curso	350

Anexo 7. Notas de campo y códigos del investigador	355
Índice alfabético.....	361

Índice de tablas

Tabla 1 Principales temas que se describen en el capítulo.....	30
Tabla 2. Características filosóficas de los principales paradigmas en investigación social.....	129
Tabla 3. Características epistemológicas que se traslapan entre perspectivas usadas en la investigación cualitativa de la realidad social.....	131
Tabla 4. Premisas del interaccionismo simbólico.....	133
Tabla 5. Comparación de algunas características de la Teoría Fundamentada Objetivista y la Teoría Fundamentada Constructivista.....	135
Tabla 6. Exposición de los participantes al método de enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	143
Tabla 7. Relación entre preguntas de investigación, datos requeridos, instrumentos, fuentes y análisis de los datos.....	153
Tabla 8. Libro de categorías y subcategorías que configuran el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	157
Tabla 9. Comparación de currículos para enseñar compasión recomendados con base en neurociencia cognitiva y los componentes del método RAVI-JAL.....	278

Índice de figuras

Figura 1. Enseñanza de la ecuanimidad compasiva a partir de la resonancia empática del clínico.....	83
Figura 2. Factores bio-culturales, sociales y psicológicos que configuran el desarrollo de niños y adultos.....	92
Figura 3. La subjetividad y su relación con la interacción de procesos simbólicos y emociones.....	94
Figura 4. El arraigo del lenguaje en la vida cotidiana de acuerdo con Berger y Luckmann.....	103
Figura 5. Aprendices y aprendizajes de la ecuanimidad compasiva.....	112
Figura 6. Línea del tiempo de las entrevistas a cada generación y el momento en que se les pidió que hicieran sus dibujos	148
Figura 7. Corpus de análisis de datos del estudio de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	155
Figura 8. Categorías, subcategorías y propiedades de los datos del estudio de la enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	156
Figura 9. Mapa analítico de los datos del estudio de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	163
Figura 10. Ilustración de las subcategorías de la subcultura médica.....	164
Figura 11. Las subcategorías de emociones intensas.....	174
Figura 12. La complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, sus tres subcategorías.....	187
Figura 13. El autoconocimiento y sus subcategorías.....	200
Figura 14. La categoría centrarse en la persona del paciente y sus subcategorías.....	214
Figura 15. Los significados del proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, sus subcategorías y propiedades.....	223
Figura 16. Aprendizaje de la ecuanimidad compasiva a través de la reflexión individual dialógica y los componentes del método RAVI-JAL.....	284
Figura 17. Relación entre categorías en el proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.....	285
Figura 18. Dibujos de la serie A.....	350

Figura 19. Dibujos de la serie B.....	351
Figura 20. Dibujos de la serie C.....	352
Figura 21. Dibujos de la serie D.....	353
Figura 22. Dibujos de la serie E.....	354

Resumen

La educación médica induce la formación de profesionales con desapego afectivo que conduce a desencuentros con los pacientes y en consecuencia reduce la eficacia terapéutica de los recursos biomédicos. En la subcultura médica se ha dejado de lado la educación de los afectos a pesar de que la práctica médica necesariamente implica vivir experiencias profesionales con alto nivel de sufrimiento. El objetivo de este trabajo fue explorar si los residentes de medicina familiar eran capaces de aprender el concepto de ecuanimidad compasiva (EC) a través de un curso especialmente diseñado con ese fin y explorar sus significados respecto al curso.

El proyecto se sustentó en la teoría histórico cultural del desarrollo y el aprendizaje y conceptos de perezhivanie, contexto, situación social del desarrollo, construcción social de la realidad, la reconfiguración del aprendizaje y diálogo cultural diatópico entre otros.

El sustento epistémico proviene del paradigma cualitativo, el constructivismo, la teoría fundamentada constructivista y el construccionismo social. El método de enseñanza aprendizaje puesto a prueba incluyó 6 componentes: 1. Bases filosóficas y científicas de la medicina familiar académica. 2. El método clínico centrado en el paciente (MCCP). 3. El video “Los pacientes como profesores en la escuela de medicina” 4. Cortos de cine sobre relaciones médico-paciente. 5. Casos clínicos reales tratados con el MCCP. 6. Sesiones tipo Balint sobre casos con intensas emociones. El conjunto se denomina método RAVI-JAL de enseñanza de la ecuanimidad compasiva.

Se identificaron siete categorías de análisis. Tres que describen barreras para el aprendizaje de la EC (*Subcultura médica, emociones intensas y complejidad del aprendizaje de la EC*). Y cuatro categorías-que se refieren a procesos que favorecieron el aprendizaje (*Autoconocimiento,*

centrarse en la persona del paciente, significados del proceso de enseñanza-aprendizaje y la reflexión individual y dialógica).

El método RAVI-JAL contribuyó al aprendizaje de la EC a través de estimular la reflexión individual y colectiva al ofrecer técnicas y espacios formales para ello. Los participantes generaron la idea de aprender y practicar una “nueva medicina familiar centrada en la persona” con beneficios para pacientes y médicos.

Palabras claves: Educación médica, compasión, ecuanimidad, relación médico paciente, Teoría fundamentada.

Summary

Medical education induces the training of professionals with emotional detachment that leads to disagreements with patients and consequently reduces the therapeutic effectiveness of biomedical resources. In the medical subculture, the education of emotions has been left aside even though medical practice necessarily involves living professional experiences with a high level of suffering. The objective of this work was to explore whether family medicine residents could learn the concept of compassionate equanimity (CE) through a course specially designed for that purpose, and to explore their meanings regarding the course.

The project was based on the cultural-historical theory of development and learning and concepts of perezhivanie, context, social situation of development, social construction of reality, the reconfiguration of learning and diatopic cultural dialogue among others.

The epistemic support comes from the qualitative paradigm, constructivism, constructivist grounded theory and social constructionism. The teaching-learning method tested included 6

components: 1. Philosophical and scientific bases of academic family medicine. 2. The patient-centered clinical method (PCCM). 3. The video “Patients as teachers in medical school” 4. Movie clips about doctor-patient relationships. 5. Real clinical cases treated with the PCCM. 6. Balint-type sessions on cases with intense emotions. It is called the RAVI-JAL method of teaching compassionate equanimity.

Seven categories of analysis were identified. Three that describe barriers to learning CE (*Medical subculture, intense emotions, and complexity of learning CE*). And four categories - which refer to processes that favored learning (*Self-knowledge, focusing on the patient as a person, meanings of the teaching-learning process and individual and dialogic reflection*).

The RAVI-JAL method contributed to the learning of CE by stimulating individual and collective reflection by offering techniques and formal spaces for this. Participants generated the idea of learning and practicing a “person centered new family medicine” and with benefits for patients and physicians.

Keywords: Medical education, compassion, equanimity, doctor-patient relationship, Grounded theory.

Introducción

El autor es un médico familiar mexicano que egresó en 1983 de la RMF y que fue formado para cumplir una función en el primer nivel de atención de la salud de una gran institución de seguridad social mexicana, bajo un enfoque biomédico con herramientas que solo cubrían esa parte del complejo salud-enfermedad-atención. Sin embargo, constaté que carecía de las herramientas prácticas, científicas y filosóficas necesarias para tan compleja labor, solo era capaz de atender la enfermedad física de mis pacientes, en especial en las urgencias comunes en la Atención Primaria. No tenía recursos para comprender el sufrimiento por causas no objetivas. Después de 10 años en urgencias, al empezar en la consulta externa empecé a buscar referencias de la medicina familiar académica en el mundo. Ahí comencé a entender la necesidad de comprender el lado subjetivo e intersubjetivo de la relación médico-paciente, el procesamiento de la empatía y el autoconocimiento. En esa búsqueda reencontré mis antiguos libros de Michael Balint y las primeras publicaciones del método clínico centrado en el paciente de 1993.

En mis últimos 9 años en el IMSS (hasta 2008) en los que fui “jefe de departamento clínico”, estuve a cargo de 17 consultorios de medicina familiar y médicos de urgencias, donde pude ver a decenas de médicos recién egresados de la Residencia de Medicina Familiar (RMF) que tenían serias dificultades para resolver eficientemente los casos que se les presentaban en un día común. Buena parte de esas dificultades provenían de que su método clínico era solamente el diagnóstico diferencial biomédico. Los problemas psico-culturales y las vicisitudes de la relación médico-paciente se abordaban vía su sentido común; ninguno de estos médicos jóvenes conocía el método clínico centrado en el paciente (MCCP). Insistían en usar herramientas tales como escalas para evaluar depresión o la funcionalidad familiar con ideas muy básicas sobre la dinámica de la

familia a partir de clasificarlas según su “tipo y fase de desarrollo”. Estaba fuera de sus lentes teóricos la comprensión de la persona del paciente, sus sentimientos, sus expectativas, ideas y la afectación de su función. De esta manera era muy difícil que pudieran llegar a un terreno común respecto a cuál era el problema por tratar, la forma de tratarlo y cuál debería ser el papel del médico y cual el del paciente en el proceso.

La carencia formativa de estos médicos jóvenes era la misma que cuando yo egresé de la residencia de medicina familiar en 1983. Muchos de estos jóvenes no se proponían un proyecto de construcción de una relación médico-paciente terapéutica a corto y largo plazo. Para ellos, el médico tenía el conocimiento suficiente para atender a los pacientes conforme los criterios normativos de la institución. Me jubilé del IMSS en 2008; tenía una idea muy vaga y un objetivo a cumplir: había que enseñar el método clínico centrado en el paciente a los médicos familiares: Los medios no estaban claros y el espacio que había no era la escuela de medicina, sino el Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C., donde médicos egresados acudían a un diplomado anual de actualización. Entre 2008 y 2014 tuve una práctica privada de tiempo completo donde apliqué con éxito el enfoque centrado en la persona. En 2010-2013 tuve un espacio universitario para enseñar farmacología aplicada con un enfoque centrado en la persona. Y de 2015 a 2019 pude enseñar medicina familiar a estudiantes de medicina, donde introduje elementos de la medicina centrada en la persona dentro de un obligado enfoque de Atención Primaria reduccionista del programa habitual. En 2015, surgió la idea primigenia de buscar una forma sistemática de enseñar ecuanimidad compasiva con la exploración de la educación de las emociones de estudiantes de medicina, a través del uso de cortos de cine y foros de intercambio (Ramírez-Villaseñor, 2016). Los estudiantes preguntaban cuál sería la mejor actitud por desarrollar frente a situaciones

emocionalmente cargadas, exploré eso con cortos de cine centrados en la muerte y casos clínicos con el mismo foco (Ramírez-Villaseñor, 2018). La respuesta de los estudiantes fue alentadora, pero no así la de la facultad, que exigió un cambio del programa limitándolo al campo de la Atención Primaria de la Salud (APS), es decir, lo concerniente a acciones y programas preventivos de la enfermedad-patología. Persistí en mi proyecto de comprender como educar las emociones para lo que conté con la colaboración de amigos pacientes que narraron en vivo sus procesos de enfermar y sanar. Surgió reiteradamente la necesidad de explicar a los estudiantes en qué consistía la ecuanimidad compasiva y como evitar su desbalance (Ramírez-Villaseñor & García-Serrano, 2019). Sin embargo, carecía de los elementos teóricos y metodológicos para conferir relevancia científica a la experiencia y así se gestó este proceso de investigación. En esa fase me quedé sin espacios en la universidad para proseguir mis exploraciones. Entonces decidí ingresar a un doctorado en investigación psicológica para adquirir una visión profunda de la investigación cualitativa y ver cómo aplicarla en la investigación de la educación de sentimientos y emociones en mi campo, lo cual era un paso indispensable para dar cauce científico a mis antiguas y actuales motivaciones de influir en la educación médica mexicana en un sentido humanitario centrado en el paciente y al tiempo, ampliar y fortalecer el horizonte de la medicina familiar académica.

Mi entrada al campo como docente, en una residencia de medicina familiar que apenas iniciaba, fue un afortunado suceso circunstancial; necesitaban un profesor que pudiera iniciar un curso de las bases filosóficas y científicas de la medicina familiar basado en los libros de Ian McWhinney. Esta oportunidad coincidió con mi primer semestre en el doctorado de investigación psicológica (DIIP).

En este estudio se pone a prueba un método de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva dirigido a residentes de medicina familiar de primer y segundo año. Se entiende por “ecuanimidad compasiva” una configuración subjetiva generada en la dinámica de emociones con procesos simbólicos la cual consiste en resonar empáticamente con el sufrimiento del otro (Vanaerschot, 2007), junto con el genuino deseo de aliviarlo. El proceso compasivo es equilibrado por autoconocimiento y procesos de ecuanimidad. El proyecto propone contribuir al equilibrio de la educación médica que actualmente privilegia la postura mental de “desapego afectivo” en la relación médico-paciente y que se funda en una serie de dicotomías que constituyen la subcultura médica oficial en las escuelas de medicina en el mundo.

Lo que se encontrará en esta tesis son los siguientes capítulos:

1. Planteamiento del problema. Donde se describe cómo la educación médica abate la empatía de los estudiantes y médicos, y sigue un modelo centrado en la enfermedad que se expresa en una práctica con ausencia de compasión en la relación médico-paciente.

2. Marco teórico. En esta sección se hace un amplio análisis del origen de la separación de lo objetivo y de lo subjetivo en la visión del mundo médico y su consecuencia dualista que admite la creencia de que la enfermedad puede separarse de la persona que la sufre. Se explica la evolución de esta visión desde los orígenes de la medicina occidental en las Escuelas de Cos y de Cnidos en el mundo griego antiguo y la situación actual dominada por los intereses de la industria médica en la fase del capitalismo financiero agravado por la pandemia de Covid-19. Se describen los principales métodos que se han intentado para revertir la creciente deshumanización de la relación médico-paciente y se cuestiona que no hay algún método educativo de emociones y sentimientos que ponga en duda la creencia de la enfermedad-patología separada de la experiencia

con el padecer, ni reivindique la legitimidad del sufrimiento sin patología acompañante. En esta misma sección se hace una descripción de la perspectiva histórico cultural del desarrollo y el aprendizaje que se plantea como el más adecuado para mirar teóricamente el proceso educativo que se emprendió en este proyecto.

3. Sustento teórico-metodológico. A diferencia de un marco metodológico tradicional, aquí se hace una amplia revisión de los paradigmas epistémicos de investigación con especial énfasis en la investigación cualitativa y los enfoques que abordan el estudio de la subjetividad e intersubjetividad. Esta sección es inusualmente amplia y es así porque el público interdisciplinar a que se dirige (la academia médica es una parte de ese público) demanda elementos que sustenten un enfoque cualitativo, que tradicionalmente no es de aceptación general en espacios académicos de medicina. En esta sección teórico-metodológica se describe la Teoría Fundamentada en sus vertientes neopositivista e interpretativista, ésta última como teoría y cómo método de recogida y análisis de los datos. También en esta sección se hace una descripción detallada del método educativo puesto a prueba e integrado por seis componentes.

4. Resultados. En esta sección se presenta un detallado informe principalmente descriptivo de los hallazgos del estudio, incluye el mapa de análisis que permitió organizar las siete categorías; tres categorías que reúnen los datos sistematizados que actúan como barrera del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva (EC) y cuatro categorías que reúnen los datos sistematizados que actúan como facilitadores del aprendizaje. Cada una de las siete categorías es mostrada en esquemas individuales con sus subcategorías; el texto describe puntualmente las subcategorías y proporciona abundantes viñetas ilustrativas.

5. Discusión de los resultados. En esta sección se hace un resumen de los principales hallazgos del trabajo de campo; los resultados se contrastan con nuevas referencias teóricas y empíricas y se discuten las relaciones entre categorías a partir de los objetivos general y particulares del estudio. También se describe un hallazgo emergente no relacionado directamente con los objetivos del estudio. Se concluye con una explicación teórica en el sentido de que el método de enseñanza utilizado ofreció oportunidades para *la reflexión individual y dialógica* que promovieron el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva (EC) en estrecha relación con el compromiso de los residentes de acompañar a los pacientes en su evolución, aunque no estuvieran reglamentariamente obligados a hacerlo.

6. Conclusiones y nuevos desarrollos. En esta sección se resumen las aportaciones del estudio al campo de la enseñanza-aprendizaje del procesamiento emocional de médicos en formación y su impacto en la atención a los pacientes y a la medicina familiar.

Capítulo 1. Planteamiento del problema

La medicina en su enfoque biológico (biomedicina) ha logrado metas impensables apenas hace 150 años, como erradicar la viruela, la poliomielitis, infinidad de parasitosis, reponer órganos desfallcientes a través de trasplantes, increíbles reimplantes de extremidades amputadas, medicamentos que permiten vidas sociales a esquizofrénicos que antes eran reclusos en hospitales-prisiones, cirugías in útero que corrigen anormalidades cardíacas congénitas y más. Pero, paradójicamente, grandes capas de la población están inconformes con la atención médica que reciben lo que se debe en buena medida a que la biomedicina abraza la creencia de la cultura occidental de que “el sufrimiento sin datos objetivos de enfermedad no tiene legitimidad” (Sturmberg & Martin, 2013, p. 10). Según estos autores “debería quedar claro que la búsqueda de la objetivación y la certeza son la gran ilusión del siglo XX” (p. 241).

Al mismo tiempo que la obsesión por la objetividad permea a la medicina, ésta sigue dominada por las dicotomías mente-cuerpo, cognición-emoción y objetividad-subjetividad; sistemáticamente deja fuera a las emociones siguiendo el principio cartesiano de que “la emoción es una corrupción de la razón que necesita ser trascendida” (McNaughton, 2013, p. 72). El mensaje cartesiano de finales del siglo XVI ha sido aplicado en la educación médica con la finalidad de “evacuar la emoción de la razón” para enseñar la objetividad materializada en la “preocupación desapegada” (*detached concern*) (McNaughton, 2013, p. 13). Pero esta tradición educativa tiene un costo, el desapego o distanciamiento afectivo ocasiona atrofia emocional del médico (McWhinney, 1996; McWhinney, 2000) y decepción de los pacientes que la interpretan como indiferencia (McWhinney, 1996).

Los costos de la relación médico-paciente insatisfactoria son emocionales tanto como económicos y afectan al binomio en la relación (Adler, 2000). La falta de compasión en la relación médico-paciente es señalada como causa de ansiedad crónica y aumento del dolor físico (Roth-Damas, Portillo-Santamaria, Folch-Marín, & Palop-Larrea, 2017). En el mismo sentido, la buena y la mala relación médico-paciente se asocian estadísticamente con sendos resultados en la salud funcional de los pacientes (Olaisen, Schluchter, Flock, Koroukian, & Stange, 2020). La buena relación médico-paciente es clave para formar un lazo personal fundamental para el médico, “dado que constituye la mayor satisfacción de la práctica de la medicina” (Miles, 2013, p. 8). La buena relación médico-paciente mejora la calidad de vida de los pacientes, su esperanza, su confianza, se sienten mejor; incluso modifica favorablemente la mortalidad, morbilidad, adherencia al tratamiento, estatus de salud y variables clínicas, como la glucemia de los diabéticos. “Estos efectos parecen darse en ambas direcciones de la relación” (Scott, Cohen, DiCicco, Miller, & Stange, 2008, p. 321). El efecto sanador de una buena relación médico-paciente, que también beneficia al médico, es de la mayor importancia dada la creciente enfermedad mental de los médicos del mundo que se sienten frustrados, desilusionados, insatisfechos con su práctica profesional y que llega a la ideación suicida (Rosenstein, 2016). Hasta aquí, se puede decir que hay un serio problema social derivado de la educación médica que forma al clínico como un científico desapegado, con las consecuencias descritas para sus pacientes y el médico mismo.

Por otro lado, desde finales del siglo XIX, el discurso de la ciencia ha impregnado el currículo médico, pero paradójicamente coexiste con la convicción de que la biomedicina no basta para entrenar adecuadamente a los médicos (Whitehead, 2013). No obstante, los estudiantes de medicina y los residentes siguen privados de educación emocional y espacios protegidos para

expresar su afectividad profesional, mientras que al mismo tiempo son sometidos a una serie de reglas contradictorias de conducta que se identifica como “profesionalismo médico”. Se les induce a ser compasivos y a poner el beneficio del paciente por sobre cualquier otra consideración, pero por otro lado, no reciben formación específica de cómo manejar emociones intensas de sí mismos y de los pacientes. Además, con frecuencia los estudiantes atestiguan ejemplos de falta de compasión de sus tutores clínicos (Shapiro, Rucker, & Robitshek, 2006; Shapiro, 2011; González-Aguilar & Rubio-Pachamango, 2020). Persiste una disonancia entre lo que se les induce a sentir y hacer a los estudiantes bajo el concepto de profesionalismo médico, idea que es interpretada de formas muy diversas (Hernández-Torres, 2017).

¿Por qué es tan importante abordar el lado afectivo en la educación médica? Una razón es que todo médico enfrenta casos de sufrimiento y muerte de sus pacientes y cuando esto ocurre algunos estudiantes y médicos jóvenes comienzan a beber (Smith-Han, Martyn, Barrett, & Nicholson, 2016). Los estudiantes y médicos jóvenes ven de forma negativa el sufrimiento relacionado con la muerte de los pacientes por lo que lo rehúyen (Cragnoa, et al., 2021). Las experiencias con los primeros fallecidos tienen gran carga emocional para los estudiantes, quienes también se quejan de la indiferencia de los médicos veteranos (Trivate, Dennis, Sholl, & Wilkinson, 2019). Trivate et al., (2019), sin embargo, no proponen el abordaje de la educación de los afectos, ni mencionan las palabras compasión o ecuanimidad. También se sabe que, cuando los contextos clínicos se vuelven abrumadores, los estudiantes relatan que su empatía desaparece y tratan de huir del contexto. Lo que dispara más el impulso de huir es el grado en que los estudiantes y residentes se sienten impotentes y sin control en la situación; domina en ellos la falsa creencia de que un médico maduro tiene siempre plena certidumbre de lo que se debe hacer en

cada caso (Helmich et al., 2018). En algunos países se ha intentado acompañar a los estudiantes con tutorías personales, pero a pesar de la enorme carga emocional derivada de las relaciones clínicas, los estudiantes prefieren compartir sus emociones intensas con su familia, sus amigos y sus compañeros, más que con sus tutores (De Vries-Erich, Dornan, Tobias, Jaarsma, & Helmich, 2016). El problema parece ser de gran magnitud; un estudio británico encontró 60% de relatos emocionales negativos entre médicos jóvenes y al menos un tercio de ellos no tenían estrategia para regular sus emociones (Lundin et al., 2018).

Dejar fuera de la educación médica a las emociones/sentimientos compagina con la idea de que la enfermedad es solo de origen biológico y que todo lo que el médico debe hacer es atender las enfermedades del cuerpo. Engel (2012), por el contrario, enfatizó que la experiencia de las personas con su enfermedad es un elemento indispensable para tomar en consideración en el diagnóstico y el tratamiento. En su paradigma biopsicosocial, Engel consideró que la medicina y la psiquiatría seguían adheridas a un modelo inadecuado de enfermedad y que “concebir la enfermedad solo en términos somáticos deja fuera del campo de preocupación del médico los temas psicosociales” (Engel, 2012, p. 377).

La propuesta de George Engel fue uno de los factores que impulsaron la investigación de la relación médico-paciente a partir de que la persona debe ser el centro del método clínico en medicina y no la enfermedad. La idea prevaleciente era que lo único que tenía efecto sobre el pronóstico de los problemas clínicos eran las intervenciones objetivas que hace el médico (medicamentos y cirugía básicamente), lo demás era “ciencia blanda” de cierta manera irrelevante para los resultados. En 1993 estos esfuerzos de investigación en la relación médico-paciente

dieron luz al método clínico centrado en el paciente (MCCP)¹. En ese tiempo la medicina centrada en el paciente era vista por muchos educadores e investigadores como ‘*ciencia blanda*’ y, aunque el cuidado médico esmerado y afectuoso (*caring*)² y la compasión eran reconocidas como importantes aspectos de la atención médica humanitaria, “pocos estaban conscientes del papel fundamental de la comunicación médico-paciente en la medicina contemporánea”. (Stewart, 2003, p. 3). Como se deduce del párrafo previo, el papel de la compasión en la relación médico-paciente centrada en la persona es medular y marca un cambio de perspectiva de las interpretaciones de empatía y compasión en medicina. En la educación médica todavía domina la idea de la empatía como fenómeno solamente cognitivo, sin componente afectivo y se desconfía y denuesta a la compasión (Shapiro, 2011, p. 328). Pero para otros la compasión es indispensable en la medicina: “La empatía afectiva (compasión) es un importante ingrediente de los cuidados médicos esmerados y afectivos y tiene demostrados efectos fisiológicos en pacientes y médicos” (Adler, 2000, p. 885).

En este proyecto se asume que la compasión desequilibrada puede ocasionar ‘fatiga por compasión’ la cual se define como “sufrimiento emocional causado por la expresión prolongada y repetida de compasión o empatía.” (NIH, 2020). Por tanto, se propone la enseñanza de la

¹ El MCCP integra la tarea de hacer el diagnóstico tradicional de la enfermedad, más las ideas, sentimientos, nivel funcional y expectativas de los pacientes, así como medios de llegar al entendimiento mutuo en el plan de tratamiento. Este método requiere del desarrollo emocional del clínico (Stewart, et al., 2003).

² El concepto *caring* atribuido a Tarlow, (1996) incluye “Tiempo, presencia, ser sensible, actuar en el mejor de los intereses del otro, sentimiento, hacer y reciprocidad. Significa que el médico está por completo en verdadera presencia y compromiso con el paciente” (Tarlow, 1996, como se citó en Stewart, 2003, p. 118). Desde la perspectiva del paciente la esencia de la relación *caring* es, según Fugelli (2001), la confianza que proviene de “una alianza justa, integridad moral, continuidad de la atención, compartir el poder, compasión, autenticidad y competencia técnica” (Stewart M, 2003, p. 120). En esta tesis, *caring* se traduce como cuidado médico esmerado y afectuoso.

compasión unida a la ecuanimidad. La ecuanimidad se define como la postura de mente clara que no es perturbada por emociones y que permite la imparcialidad de juicio (Lederman, 2007; R.A.E., 2019). A su vez la compasión se define como la intensificación de la empatía afectiva en el contexto del sufrimiento (Post, et al., 2014). Así, la ecuanimidad compasiva es concebida como una configuración subjetiva (González-Rey, 2013, p. 34), un sistema auto organizado, que emerge de la interacción de emociones y procesos simbólicos, modulados por procesos de autoconocimiento. Incluye la capacidad de resonar empáticamente con el sufrimiento del otro (Vanaerschot, 2007) en la proporción necesaria y modulada por la ecuanimidad en los diversos contextos de la relación médico-paciente, así como el genuino deseo de aliviar el sufrimiento del otro con las acciones necesarias (Pembroke, 2019).

Explorar formas de enseñar ecuanimidad compasiva está en concordancia con los deseos de los pacientes de tener médicos con los atributos que la academia médica considera muy difíciles de enseñar (Sade & Stroud, 1985). Formar médicos implica lograr cambios en su personalidad y su autoconocimiento (Monrouxe, 2010). Sin embargo, la educación médica parece ir en dirección contraria a la educación de los afectos, como lo muestra el abatimiento de la empatía, conforme se avanza en grados escolares (Nunes, Williams, Sa, & Stevenson, 2011; Hojat et al., 2009). Un agravante adicional es que, en el ámbito médico, contrariamente al de la psicología, todavía algunos sostienen la idea de que la empatía es solo cognitiva y que debe separarse de la compasión (Halpern, 2003). Por ejemplo, la Sociedad de Medicina Interna General define a la empatía como “El acto de reconocer correctamente el estado emocional del otro sin que uno mismo experimente ese estado” (Halpern, 2003, p. 670). Neumann et al., (2009), a pesar de que parten del término

alemán *Einfühlung* (sentirse en el interior *afectivo* de otro), aceptan la idea de que la empatía no incluye la compasión (Neumann, Bensing, Mercer, & Ernstmann, 2009).

Shapiro (2011) señala que la educación médica induce el fenómeno de “alexitimia” (la incapacidad de reconocer las emociones propias y de los demás). La misma autora señala la necesidad de compensar la incongruencia de la enseñanza médica que exhorta a los estudiantes a ser compasivos sin proveerles de enseñanza y práctica de cómo ejercer la compasión (Shapiro, Rucker, & Robitshek, 2006).

En un avance de perspectivas, Stephen Post y cols. (2014) partieron de que la empatía es cognitiva y afectiva y que la compasión es la intensificación de la empatía afectiva en el contexto del sufrimiento (Post, et al., 2014). Lo que el equipo de Post hizo podría describirse como un enfoque específico de casos, en el cual propone un programa de 4 niveles que inicia en el nivel 1, con la enseñanza para desalentar el trato rudo y animar a indagar los significados de los pacientes; en el nivel 2, se enseña la empatía solo cognitiva; en el nivel 3, se enseña a resonar empáticamente; y en el nivel 4, se enseña a compartir el sufrimiento cuando éste está presente (Post, et al., 2014). No obstante, difiero de estos autores cuando consideran que la ecuanimidad es sobre-idealizada y que puede interferir con la compasión. Una interesante estrategia originada en la enfermería es la “medicina basada en narrativa” fundada por Charon (2001) que aborda las emociones y experiencias del paciente y del médico. Además de incluir la atención plena (*mindfulness*), destaca la capacidad del clínico para resonar emocionalmente con el paciente en sufrimiento.

El método de enseñanza de ecuanimidad compasiva que se propone en este estudio incorpora los recursos de la narrativa en la forma de casos clínicos reales y tiene la ventaja de

formar un conjunto con el método clínico centrado en el paciente y la enseñanza de las bases científicas y filosóficas de la medicina familiar académica. Ninguna de estas propuestas publicadas aborda la enseñanza de la ecuanimidad compasiva. Tampoco se han utilizado las estrategias de autoconocimiento creadas por Michael Balint en su trabajo con médicos generales en la década de 1950 y sintetizadas bajo el término de “Grupos Balint” (Balint, 1966; Balint, 1969). Quién esto escribe, ha tenido experiencias con estudiantes y médicos familiares desde 2015 con el uso de cortos de cine para explorar la autorreflexión emocional en el contexto de la relación médico-paciente (Ramírez-Villaseñor, 2016). También ha explorado el uso de casos reales de muerte de pacientes en los que el médico expresa sus sentimientos y emociones en el proceso (Ramírez-Villaseñor, 2018), así como la narrativa presencial de pacientes reales (Ramírez-Villaseñor & García-Serrano, 2019); estas experiencias permiten afirmar que los estudiantes detectan los componentes afectivo y cognitivo de la empatía y que avanzan hacia procesos de autoconocimiento. Una estudiante expresó, “ver a los ojos a una persona mientras te platica las cosas más dolorosas de su vida cambia mucho a uno mismo”. Otra estudiante comentó, “este curso me ayudó a volver a sentir la pasión que he tenido desde pequeña de ser médico.” (p.41).

En conclusión, la medicina necesita reencontrar un nuevo equilibrio entre el enorme desarrollo de su lado técnico-científico y la vocación humanitaria con que nació. Es mi convicción que la enseñanza de las bases filosóficas y científicas de la medicina familiar más la adopción del método clínico centrado en el paciente; la discusión de fragmentos de cine enfocados en la relación médico-paciente y de casos clínicos reales relatados en primera persona; y las sesiones formales de intercambio reflexivo sobre casos personales con alta carga emotiva, desarrollan las

capacidades para comprender y ejercer la ecuanimidad compasiva y el autoconocimiento de los residentes de medicina familiar.

Pregunta principal de investigación

¿Cuáles son los elementos en el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello?

Preguntas específicas

¿Cómo entienden la ecuanimidad compasiva los residentes participantes en el estudio?

¿A qué elementos del proceso de enseñanza se puede atribuir el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva?

¿Cuáles son los significados que los residentes participantes atribuyen a la experiencia vivida en todo el proceso del curso?

Objetivo principal de investigación

Identificar y describir los elementos del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello.

Objetivos específicos

Reunir elementos que ayuden a comprender lo que significa para los residentes la idea de ecuanimidad compasiva.

Describir cuales son los elementos del proceso de enseñanza que contribuyen al aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.

Identificar los significados de la experiencia vivida por los estudiantes en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Justificación

Existen vacíos de conocimiento en la educación médica respecto de la formación emocional (McNaughton & Zubairi, 2014) y en particular en la enseñanza de la ecuanimidad compasiva. La situación en México es preocupante dado que la atención compasiva de médicos latinoamericanos (mexicanos entre ellos) que vivían en Latinoamérica tuvo niveles significativamente menores que la de médicos latinoamericanos y médicos españoles que vivían en España (Alcorta-Garza, et al., 2016). La adopción generalizada de la formación en ecuanimidad compasiva y autoconocimiento podría beneficiar a muchos pacientes y médicos (Miles, 2013, p. 8). Tal formación podría contribuir a la disminución de la insatisfacción profesional de los médicos (Ramírez-Villaseñor, 2018). La ecuanimidad compasiva es en sí misma valiosa en la relación médico-paciente, pero enseñarla implica cuestionar la subcultura médica dominante en la educación del pre y posgrado, la organización de los sistemas de salud y la práctica médica. Este proyecto intenta contribuir al impulso de un cambio humanizador de la medicina en México.

Capítulo 2. Fundamento teórico

En este amplio apartado se explica que desde su nacimiento la medicina occidental generó sus conocimientos a partir de enfoques separados; por un lado, un enfoque centrado en la subjetividad de la persona y por el otro, un enfoque centrado en la objetividad de la enfermedad, que definió el trastorno en términos solamente positivos, para clasificarlo y generar tratamientos específicos. Desde el siglo V a de C, en diferentes épocas, la medicina ha logrado desarrollos relevantes por separado en ambos enfoques. Sin embargo, la falta de integración hace que se pierda mucho de su sentido, de su razón de ser, que es aliviar el sufrimiento y la carga de enfermedad de la humanidad. En este capítulo se hace un recuento del desarrollo del lado subjetivo y objetivo de la medicina occidental desde el siglo V a de C, así como de sus momentos de síntesis surgidos hace unos 150 años. La Tabla 1 enlista las principales perspectivas que se abordan en este capítulo, las filas no reflejan necesariamente una oposición de conceptos, sino que enlistan los numerosos y complejos desarrollos que se abordan en este capítulo. De hecho el desarrollo de las perspectivas objetiva y subjetiva ha sido paralela a lo largo de la historia de la medicina y han existido formas diversas de comunicación entre ambas. Ha surgido así una tercera perspectiva médica integradora.

Tabla 1 Principales temas que se describen en el capítulo 2

Perspectiva objetiva	Perspectiva subjetiva
Escuela de Cnidos	Escuela de Cos
Concepto de patología	La histeria inexplicable por la biomedicina
Teoría microbiana	Teoría del fluido universal de Mesmer
Concepto biomédico de riesgo	La hipnosis
Respuesta al placebo	Respuesta al significado
Dualidad salud y enfermedad	El desarrollo freudiano
El individuo sin contexto	Humanitarismo
Atención médica basada en evidencia	
Desarrollos integradores de las perspectivas objetiva/subjetiva	
Medicina psicosomática	
Modelo biopsicosocial de G. Engel	
Epidemiología del curso de vida	
Medicina familiar académica con su método clínico centrado en el paciente	

Comprender estos desarrollos permite tener una idea razonable del porqué la educación y práctica médica actual está dominada por la división objetiva versus subjetiva del conocimiento médico donde el predominio de la objetividad es abrumador. Se pretende fundamentar de esta manera la propuesta educativa de este proyecto surgido desde la medicina familiar académica, un método educativo que sintetiza el lado objetivo con el subjetivo de la medicina, para atender eficientemente a la persona sin descuidar su enfermedad.

También en este complejo capítulo se explica el concepto de ecuanimidad compasiva (EC), así como los fundamentos filosóficos, psicológicos y neurocognitivos que apoyan el emprendimiento de su enseñanza. De igual manera, se da una explicación de la medicina como entidad sociológica y se describen diversos modelos de la relación médico-paciente.

En este capítulo se abordan diversas teorías histórico culturales del desarrollo y el aprendizaje que sustentan este trabajo. Y se concluye con una descripción de diversos desarrollos

que han tenido como foco la educación de emociones y sentimientos en la relación médico-paciente. Se pretende fundamentar de esta manera, la propuesta educativa de este proyecto surgido desde la medicina familiar académica, un método educativo que sintetiza el lado objetivo con el subjetivo de la medicina, para atender eficientemente a la persona sin descuidar su enfermedad.

Las Escuelas de Cos y de Cnidos

La oposición objetividad versus subjetividad en la medicina occidental es mucho más antigua que la invención del método científico; esta oposición se remonta a la Grecia antigua, alrededor del siglo V a. de C., representada por la escuela de Cos y la escuela de Cnidos. La primera, identificada por su personaje más conocido, Hipócrates, se regía por principios naturalistas y trataba de describir al individuo con amplitud:

“Lo que era particular de cada caso, su estado de ánimo, hábitos de vida, ocupación, su discurso, su conducta, sus silencios, pensamientos, su forma de dormir, sus despertares y sueños...también sus lágrimas, excrementos, orina, saliva y vómito...” (Freeman, 2016, p. 142).

Como se puede ver, la doctrina de la escuela de Cos (sus seguidores denominados Coans) tenía una idea holística, no separaban a la enfermedad del enfermo y abordaban los elementos subjetivos del paciente. Por otra parte, la escuela de Cnidos (sus seguidores llamados Cnidians) estaban más enfocados en la clasificación de las enfermedades, en su gran diversidad; los Cnidians usaban los métodos de abstracción y generalización. Los Coans trataban a cada enfermo individualmente a partir de sus síntomas con la idea de ayudar a la naturaleza a restablecer su equilibrio, para ellos el pronóstico era más relevante que el diagnóstico; mientras que los Cnidians prescribían remedios específicos a partir de su teoría del órgano enfermo localmente. Ambas escuelas tenían fortalezas y debilidades:

La fortaleza de la escuela de Cos era su concreción y la riqueza de sus descripciones individuales. Sus debilidades, principalmente su desconfianza en las clasificaciones y su enfoque casi exclusivo en los síntomas, la incapacitaban para relacionarlos con causas de la enfermedad. (Molina, Sola, López, & Manrique, 2003, p. 41).

Por otro lado, las fortalezas de la escuela de Cnidos, eran su capacidad explicativa y su poder predictivo en ciertos tipos de enfermedades a partir del diagnóstico al que le daba mayor relevancia que al pronóstico. La debilidad principal de esta tradición era que su enfoque de abstracciones generalizables podía influenciar excesivamente al médico al punto que este solo pudiera ver ciertas características en las personas y omitir otras (Freeman, 2016). En la siguiente sección se abordan las consecuencias que ha tenido la idea de que mente y cuerpo son entidades separadas y que la enfermedad debe tener un sustrato físico de preferencia anatomo-patológico.

El dualismo mente y cuerpo en la medicina occidental

¿De dónde surgió la separación mente y cuerpo en la medicina occidental? Rasmussen, citado por Engel (2012), planteó que el dualismo mente y cuerpo en medicina se debió a que la religión cristiana, dominante en Europa, aceptó la disección del cuerpo humano en el siglo XV, pero siguió prohibiendo el estudio de la mente y la conducta humanas. Éstas se consideraron dentro del campo de la religión; el alma y la conducta deberían permanecer bajo el control eclesiástico.

De esta manera, la medicina occidental se construyó sobre la base anatómica iniciada por Andrés Vesalio en 1543 que ha continuado por los siguientes 500 años (Sigerist, 1981). Simultáneamente, los principios de la ciencia emitidos por Galileo, Newton, Descartes y Comte (dos siglos después de Vesalio), que influyeron en la investigación médica eran fundamentalmente

analíticos, el todo debía ser dividido en sus partes constituyentes para poder ser comprendido en su totalidad al reconstituir sus partes.

Estos principios junto con la firme división entre mente y cuerpo dieron lugar a la metáfora del “cuerpo como una máquina” y a la enfermedad como descompostura de la máquina (Engel, 2012). Este dualismo y otros están presentes en la base de la educación y práctica de los médicos actuales y los conduce a enfocarse en la enfermedad, dejar de lado a la persona e ignorar las emociones y sentimientos implicados en la relación médico-paciente (McWhinney, 1996).

El filósofo del siglo XVII René Descartes tuvo una influencia destacada en la evolución del dualismo mente y cuerpo en la medicina dados sus planteamientos sobre los principios del método que se debía seguir para llegar a la verdad regidos por la convicción de que la esencia de la realidad proviene del pensamiento, una función divina:

Yo soy una sustancia cuya esencia o naturaleza es pensar y que para su existencia no hay necesidad de ningún lugar, ni depende de ninguna cosa material; de manera que este “yo”, es decir, el alma por la que soy lo que soy, es completamente distinta del cuerpo... El cuerpo es una máquina, constituida de nervios, músculos, venas, sangre y piel, que incluso si no hubiera mente, no dejaría de tener las mismas funciones (Descartes, citado por Damasio, 2015, p. 334).

De los cuatro principios de Descartes para conocer la verdad, el primero es nodal para entender su influencia en medicina. Descartes solo aceptaba como verdadero aquello que cumpliera los criterios de objetividad positiva “...no abarcar en mis juicios nada más que lo que se presentara tan clara y distintamente a mi espíritu, que no tuviera ocasión de ponerlo en duda”

(Descartes, 1998, p. 37). De esta manera, las emociones y sentimientos no podrían ser incluidos en los criterios de verdades objetivas dada su subjetividad intrínseca.

Las dificultades de la medicina occidental para comprender el fenómeno de la “somatización” están íntimamente relacionadas con estas ideas y con la postura mental de desapego que se enseña en las escuelas de medicina y que se discute más adelante. Dos siglos después de Descartes, el criterio de verdad objetiva llegaría a su máxima expresión en la forma del paradigma positivista del conocimiento desarrollado por el filósofo Augusto Comte (1798-1857) quién exaltaba el método científico de las ciencias naturales como el único productor de conocimiento que puede ser observado objetivamente y replicado en experimentos por otro equipo.

Derivado de esta postura epistemológica sobre el conocimiento científico se desechó la parte subjetiva de la experiencia, la emoción como aspecto del conocimiento y en consecuencia la noción de sujeto que se sustituyó por la de un individuo sin raíces históricas ni relaciones contextuales. Estos dualismos entre objetividad vs. subjetividad, razón vs. emoción, individuo vs. cultura han caracterizado de manera prevalente el desarrollo de la medicina actual. Los grandes clínicos de todas las épocas han hecho síntesis prácticas con las mayores fortalezas de ambas escuelas, es decir, han reunido lo mejor de las tradiciones subjetiva y objetiva de la medicina.

A continuación, se describe por separado el desarrollo del lado objetivo y el subjetivo de la Medicina occidental.

El lado objetivo de la Medicina occidental

Laennec, el estetoscopio, los signos objetivos y la patología

A principios del siglo XIX, la medicina tuvo un cambio radical en su concepción, práctica y de enseñanza. Un personaje clave en ese proceso fue René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826) el inventor del estetoscopio, el símbolo médico por excelencia. Laennec fue un destacado médico francés que siguió el método de Xavier Marie Francois Bichat (muerto en 1802) que consistía en correlacionar los síntomas y signos de los pacientes con los hallazgos de la necropsia (Awad-García & González, 2009). Pero Laennec hizo una revolución en el método clínico, adicionó todo un patrón de signos derivados de la auscultación (la escucha de los sonidos del cuerpo por diversos métodos). La auscultación directa (adosar el oído al cuerpo) ya se describía en el papiro de Ebers (1,500 años a. C), en los libros de los Vedas hindúes (1400-1200 a.C.) y también ya había sido enseñado por Hipócrates; incluso antes de Laennec se había adicionado la percusión torácica y abdominal para escuchar los sonidos que esta producía y que daban una imagen sugestiva de lo que había dentro del cuerpo (Díaz & Gallego, 2005).

La agudeza científica de Laennec le permitió crear el primer instrumento que intermediaba la obtención de signos objetivos del cuerpo de los enfermos y tras años de meticuloso registro comparativo entre los sonidos del tórax de sanos y enfermos, más autopsias minuciosas, pudo comprobar de manera clara la relación entre signos cuidadosamente obtenidos y su relación con la patología del cuerpo (Merino, 2003).

Laennec innovó el lenguaje médico creando palabras como: Estetoscopio, estertor, *roncus*, egofonía, crepitación, soplo, etcétera (Díaz & Gallego, 2005). De esta manera los médicos formados desde entonces han asumido que la combinación de signos (hoy en día sumado a

multitud de pruebas de laboratorio e imagen) establecen el diagnóstico preciso de la enfermedad (patología) del paciente.

El impacto que la refinación del método clínico-anatomo-patológico aportada por Laennec ha tenido sobre la medicina como subcultura y la sociedad global, es que una consulta médica que no incluya alguna forma de cuidadosa auscultación es demeritoria en principio. Creer que la palpación-auscultación de cuerpo lleva en todos los casos al descubrimiento de una patología física, es un problema especial cuando los pacientes prefieren creer que tienen una enfermedad física antes que aceptar que factores psicológicos, sociales y culturales están en la raíz de sus síntomas corporales. Laennec nos acostumbró a ser palpados y examinados y a indagar en nuestro cuerpo con tecnología cada vez más compleja.

La teoría microbiana

En la trayectoria del desarrollo de la medicina, el trabajo por separado de Louis Pasteur y Roberto Koch, en la segunda mitad del siglo XIX, significó un parteaguas. En esa época el microscopio óptico ya había permitido el estudio de tejidos y células, se habían visto bacterias, pero no se había demostrado experimentalmente su relación causal en enfermedades de animales o humanos. Pasteur fue el primero en demostrar que existían microbios en el aire y que abundaban en el piso. Así pudo demostrar que la putrefacción de la materia orgánica (p. ej. los caldos dejados al aire libre) se evitaba si los caldos se metían en matraces de vidrio que eran hervidos (pasteurizados) y luego los cuellos del matraz alargados y hechos sinuosos de forma que el aire tuviera que hacer curvas y dejar el polvo en el trayecto al caldo. El caldo de cultivo de los matraces con cuello sinuoso no se corrompía como el caldo de los matraces de cuello recto tradicional. De esta manera, Pasteur demostró que la putrefacción era causada por los microbios contenidos en el

polvo transportado por el aire; para que proliferaran las bacterias en los caldos se necesitaba de bacterias vivas, la vida provenía de otro ser vivo, no había generación espontánea (Agudo-Toscano, 2016). Pasteur también demostró experimentalmente que el carbunco, que diezmaba los hatos de ganado en Europa, era producido por una bacteria que producía esporas y abundaba en el pasto que el ganado comía.

Debido a que Pasteur sabía por serendipia que los cultivos de bacterias se debilitaban cuando se sembraban en generaciones repetidas hizo lo mismo con la bacteria del carbunco logrando una exitosa vacuna contra esa enfermedad. Con el mismo procedimiento logró prevenir el desarrollo de la rabia en cientos de pacientes mordidos por animales enfermos de rabia, aunque, nunca pudo cultivar la supuesta bacteria causal (la rabia es de origen viral y los virus serían descubiertos hasta inicios del siglo XX). No obstante, Pasteur logró una vacuna antirrábica al inyectar fragmentos de la médula desecada de perros muertos por rabia (Agudo-Toscano, 2016).

A pesar de los grandes logros de Pasteur, fue Robert Koch quien sistematizó en sus “postulados etiológicos” la teoría microbiana de la enfermedad que hoy se sigue aplicando para demostrar que un microbio es el agente causal (supuesta única causa) de una enfermedad:

Para demostrar que la tuberculosis es una enfermedad causada por la invasión de los bacilos, es necesario aislarlos del cuerpo, multiplicarlos en cultivos puros ... inyectar los bacilos aislados a animales y reproducir la misma enfermedad conocida a partir del material tuberculoso original... (Volcy, 2008, p. 108).

Los “Postulados de Koch” son una brillante demostración de la potencia del paradigma positivista. La teoría microbiana cumple puntualmente con los preceptos de la ciencia objetiva de Comte y sigue dominando en la medicina actual. El gran mérito histórico de los creadores de la

teoría microbiana es que en conjunto con el método anatomoclínico de Bichat y Laennec, le dieron forma y fortaleza al “método clínico del diagnóstico diferencial biomédico” que fue asumido alrededor de 1870. Desde entonces, la subcultura médica y gran parte de la sociedad comparten la creencia de que los datos objetivos deben determinar el curso a seguir en el manejo de los casos concretos. En todo el mundo los médicos fueron enseñados a “interrogar a sus pacientes”, obtener sus síntomas, buscar los signos físicos en el cuerpo, establecer el diagnóstico de la enfermedad y dar un tratamiento efectivo específico para la enfermedad.

El concepto de riesgo objetivo en la biomedicina

El concepto “riesgo” surgió entre los marinos portugueses (*arriscar-arriesgar*) que se aventuraban en el cruce del Atlántico en los siglos XVI y XVII (Giddens, 2000, pp. 37-38). La medicina aplicó el concepto de riesgo en términos solamente biológicos; así, tener bacilos de tuberculosis en las secreciones respiratorias era un claro factor de riesgo para que las personas cercanas al enfermo se contagiaran y adquirieran la tuberculosis. De esa manera, la biotecnología fue dotando de recursos para medir biomarcadores (moléculas medibles en laboratorio) o imágenes radiográficas y de otro tipo las cuales son considerados “factores de riesgo”. Un ejemplo de esta tendencia de más de 150 años es la extirpación preventiva de las mamas en mujeres que son positivas a mutaciones de los genes BRC1 y BRC2, asociados al cáncer de mama y ovarios. La presencia de estas mutaciones en las mujeres en efecto eleva el riesgo de cáncer, pero no puede asegurar que lo desarrollarán (Khan & Chollet, 2021). No obstante, algunas personas, incluso adolescentes, optan por la mastectomía preventiva. Esta paradoja de detección de riesgos e incertidumbre pronóstica hace muy complejo solicitar la prueba para los alelos de los genes BRC1 y BRC2 (U.S.P.T.F., 2020). En este ejemplo, se ve como la biomedicina ha llevado al extremo su

principio de privilegiar el biomarcador objetivo “el riesgo” lo más anticipado posible en el tiempo dejando fuera gran parte del contexto, dando por hecho que el biomarcador por sí solo es suficiente para determinar un desenlace futuro. Llama la atención que la educación médica no asuma que el ambiente social es un determinante fundamental de la salud-enfermedad, los factores sociales tanto protegen como hacen más vulnerables a los humanos, por ejemplo, la pobreza es un factor fundamental que impacta negativamente la salud (Felix-Bortolotti & Martin, 2013). Y que la reducida esperanza de vida relacionada con el riesgo de tener un ingreso monetario reducido se mejora ostensiblemente con pequeñas elevaciones de los salarios de los más pobres (Sturmberg & Martin, 2013).

Al privilegiar lo biológico, la biomedicina deja fuera dimensiones indispensables para los seres humanos, tales como: “... el propósito de ser de la vida humana, el significado, el sufrimiento, la muerte, la belleza, la música, la espiritualidad, la literatura, la psicología, la filosofía, las emociones...” (Miles, 2009, p. 944). Como se ve, la reducción a riesgos biológicos objetivos, le impide a la biomedicina ver la dinámica de la relación médico-paciente-familia. En consecuencia, se deja de lado la educación de los médicos en la compleja realidad subjetiva e intersubjetiva de las relaciones médico-paciente y se sigue dejando fuera de la educación el papel del ambiente biopsicosocial que actúa sobre el genoma humano a través de la epigenética. Tema que se desenvuelve bajo el concepto de “Regulación social de la expresión de los genes” (Cole S. W., 2013).

El individuo desprovisto de contexto

En la década de 1980 surgió un movimiento en la práctica médica autodenominado medicina basada en evidencia (MBE) (Barends & Briner, 2014) y que actualmente se conoce como atención

médica basada en evidencia (AMBE) (Wieringa, Engebretsen, Heggen, & Greenhalgh, 2017). Este movimiento planteó la idea de practicar la medicina a partir del conocimiento de formas de prevención, diagnóstico y tratamiento derivado primordialmente de ensayos clínicos controlados y sus metaanálisis, u otro tipo de estudios empíricos de “menor categoría científica”. Es decir, la atención médica debía de basarse en las pruebas empíricas, dejando de lado la experiencia anecdótica y las opiniones de expertos (Barends & Briner, 2014).

Básicamente, lo que este movimiento -que sigue dominando la educación médica en el mundo- planteó a sus inicios, fue asumir que la medicina debería ser practicada y enseñada bajo los criterios del método estadístico aplicado a la epidemiología. De manera tal, que los ensayos clínicos controlados y los metaanálisis de estos deberían regir toda la conducta clínica (Nevo & Slonim-Nevo, 2011; Wyer & Silva, 2009). Lo que subyace en el planteamiento de la AMBE es que el individuo puede ser aislado de todo contexto social, incluyendo a su familia y su subjetividad y ser asignado aleatoriamente a grupos donde recibirá una intervención experimental (verdadera) o una falsa (placebo) y que los resultados de esos experimentos expresados numéricamente en promedios, desviaciones estándar y sus diferencias estadísticas deberán ser la base de la práctica médica.

Así, un individuo enfermo es aislado de su contexto y convertido en registros de presión arterial, función renal o hepática o cualquier otra variable objetiva medible y la versión estadística de estos datos constituye la base para definir el diagnóstico y tratamiento del paciente individual. El espíritu inicial del movimiento de la AMBE en 1985 expresaba: “La libertad clínica es un mito, es un manto de ignorancia, su desaparición debía ser bienvenida. El tratamiento debería basarse únicamente en el resultado de ensayos clínicos” (Hampton, 2011, p. 849). En el siglo XXI,

veinticinco años después del surgimiento de la AMBE y tras un alud de cuestionamientos prácticos y epistemológicos, algunos de sus proponentes reconocieron errores como el de intentar eliminar el juicio clínico en el uso de la información científica aplicada a casos específicos (Hampton, 2011b).

Un error de origen de la AMBE es que partió de que el conocimiento científico generalizable extraído de poblaciones con métodos cuantitativos probabilísticos es superior al conocimiento derivado del estudio longitudinal y a profundidad de casos específicos que se expresa en experiencia y juicio clínico. Esta forma de conocimiento, derivada del contacto cara a cara y el compromiso del médico con el curso del desarrollo de su paciente, fue considerada por la AMBE como “anecdótica” y de menor calidad (Nevo & Slonim-Nevo, 2011).

Una importante crítica epistémica contra la idealización de los ensayos clínicos controlados fue emitida por el filósofo Tonelli (2010) en la que afirma que los ensayos clínicos controlados solo nos dicen algo acerca de lo que podemos esperar de una intervención en promedio de la población estadística, pero no nos habla de los individuos. Por tanto, hay un “vacío epistémico” entre el conocimiento poblacional y el paciente específico que atendemos.

La consecuencia de este hueco epistémico socava la pretensión de la AMBE de ser la base normativa para la toma de decisiones en medicina: “los resultados de la investigación clínica independientemente de su fuerza y calidad, nunca pueden sustentar una guía normativa de las decisiones clínicas” (Tonelli, 2010, p. 385). Concluye Tonelli: “Los resultados de la investigación clínica nunca pueden ser normativos, dado que el tipo de conocimiento obtenido nunca es directamente aplicable a los cuidados de salud del paciente en particular” (p. 389).

La AMBE asumió que las diferencias entre los grupos de un ensayo clínico que arrojan los datos estadísticos distribuidos alrededor de los promedios de los estudios eran realidades inobjetables y por eso se podrían usar para diseñar guías de práctica clínicas con capacidad normativa. Las consecuencias dañinas que esto tendría en la educación médica y la práctica clínica fueron advertidas por educadores y filósofos:

...[hay] un daño irreparable a la medicina como resultado de la sobrerregulación y la politización de los servicios de salud, debidas a las guías de práctica clínica inspiradas en la AMBE que convierte a los médicos en técnicos de los servicios de salud. (Miles, 2007, p. 549).

Además del hueco entre el conocimiento estadístico poblacional y la toma de decisiones para casos específicos, la AMBE deja de lado que la toma de decisiones en medicina es un proceso que involucra mecanismos duales de procesamiento de datos, la vía tácita y la vía analítica (Stolper, et al., 2011). En la vía tácita es innegable la participación del conocimiento experiencial, donde las emociones y sentimientos gobiernan los mecanismos que permiten descartar muchos cursos de acción potenciales para un caso individual, lo que reduce el número de opciones y permite trabajar a la vía analítica -más lenta que la vía tácita- sobre las opciones remanentes que se pueden tomar (Woolley & Kostopoulou, 2013). Este proceso conocido en medicina como “*Gut Feelings*” (Barais, Hauswaldt, Hausmann, & Czachowski, 2017), en México se le conoce como “presentimiento clínico” (Ramírez-Villaseñor, Gutiérrez-Castillo, Vázquez-Vázquez, Arce-Jiménez, & Ramírez-Gutiérrez, 2018). A pesar de que los procesos de conocimiento tácito, esencialmente emocionales e intuitivos, participan en la vida diaria de la toma de decisiones de los clínicos, para la AMBE no hay lugar para las emociones y sentimientos en la relación médico-

paciente. Pero esto no es así, pues las emociones y sentimientos están siempre presentes en la toma de decisiones como describen James y Toulmin citados por Ghinea, (2019):

...muchas veces se tiene que actuar sin evidencia suficiente donde las opciones son intelectualmente imposibles de decidir y urgentes. Ahí actúa la pasión; James argumentaba que la racionalidad no era un proceso solamente objetivo, sino también sentimental, un sentido de satisfacción de que la decisión finalmente tomada es la mejor de las alternativas posibles... un sentimiento de paz, descanso...de un estado de incógnitas y perplejidad hacia uno de comprensión racional... (p. 2).

Se puede afirmar entonces que la biomedicina ha tardado en reconocer que el conocimiento poblacional deja fuera el contexto de la persona, que ese conocimiento es solo acerca de la enfermedad (concebida como patología) y que se requiere un procesamiento altamente complejo para la toma de decisiones que se da en el reducido marco temporal de la relación médico-paciente que necesariamente involucra procesos intersubjetivos donde las emociones-sentimientos y las significaciones subyacen a todo el proceso. Se podría en justicia afirmar que el individuo no puede ser reducido al conocimiento poblacional.

Crítica al reduccionismo biológico de la medicina

Sobre el dualismo razón-emoción

Aquí se retoma la idea de Descartes de que solo la razón puede llevar al conocimiento y que la emoción sería un elemento corruptor que impediría el conocimiento, ideas asumidas por Augusto Comte al dar total privilegio a lo objetivo. Ambos pensadores dejan fuera a la emoción y le niegan toda categoría de conocimiento. Si así fuera, la ecuanimidad compasiva sería un

constructo imposible de enseñar dado que une razón con emociones. ¿Qué puede decirse al respecto?

En este proyecto se entiende por razón la capacidad de pensar, imaginar, inventar, reflexionar y comprender, es decir, la facultad y acto de discurrir el entendimiento (R.A.E., 2019). Por emoción, se asume que es una forma no consciente de conocimiento sentido como sensación corporal: “Las emociones son formas de conocimiento intuitivo, tácito, que parecen proveer un puente entre los procesos racionales y los no-racionales” (Damasio, 2015, p. 187). Estas formas de conocimiento provendrían de experiencias contextuales que hemos tenido en nuestra vida (desarrollo ontogenético) y en el desarrollo filogenético. Las respuestas que fueron exitosas para la sobrevivencia en un contexto quedan guardadas como “marcadores somáticos” que dan valor pronóstico automático (atractivo o aversivo) a contextos actuales (Damasio, 2015).

Las emociones aversivas descartan rápidamente cursos de acción que asociamos con malos resultados, lo que reduce las opciones de conducta y le da tiempo al área analítica –mucho más elaborada, pero lenta- para seleccionar conductas con alta efectividad. Los sentimientos son emociones procesadas que se perciben como pensamientos y son tan cognitivos como otras percepciones (Damasio, 2015):

La naturaleza parece haber construido el aparato de la racionalidad no solo encima del aparato de la regulación biológica, sino también a partir de éste y con éste...la neocorteza participa junto con el núcleo cerebral más antiguo y la racionalidad resulta de su actividad concertada. (Damasio, 2015, p. 186).

Pero las emociones y sentimientos además de ser fenómenos fisiológicos y psicológicos son también actos de comunicación social: “Debido a que la gente sabe que las emociones hacen cosas en contextos sociales, las usa como medio de intercambio” (Scheer, 2012, p. 214).

Desde un enfoque sociocultural que incluye el conocimiento neurofisiológico de la emoción, se podría asumir que “la emoción es un acto situado y compuesto por componentes cognitivos, somáticos y sociales interdependientes, mezclados en proporciones variables, dependiendo de la lógica práctica en que tiene lugar” (Scheer, 2012, p. 219). Si como plantea Scheer (2012), que las emociones cambian no solo por la fuerza evolutiva, expectativas, normas, palabras y conceptos, sino también por las “prácticas sociales” (necesariamente situadas culturalmente) donde están embebidas, habría espacio para que una práctica ecuánime y compasiva se pueda desarrollar.

La dualidad salud y enfermedad.

La tradición dualista que separa a la mente del cuerpo se tradujo en la dualidad salud y enfermedad, o se tenía salud o se estaba enfermo, no habría un continuum. La Organización Mundial de la Salud definía en 1948 a la salud como “El completo estado de salud física, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (W.H.O., 1998, p. 10). En esa definición la enfermedad no puede coincidir con la salud; las personas o están sanas o están enfermas, no se aceptaba la posibilidad de que la salud (sentirse y funcionar socialmente bien) y la enfermedad (existencia de marcadores clínicos o subclínicos de anormalidad estadística significativa) coincidieran en diferentes grados en la misma persona. En 1986 se dio un cambio conceptual a partir de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: “La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida... un medio para llegar a un fin, un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva”. (W.H.O, 1998, p.10).

La salud individual dejaba de ser una entidad abstracta, para concebirse como capacidad funcional en relación con los recursos sociales, personales y las aptitudes físicas. La salud no de individuos sino de poblaciones requiere otro enfoque; Crocker-Sagastume et al., (2021) proponen la siguiente definición de salud en términos sociales:

Un proceso vital, histórico, social y cultural determinado por el acceso y aprovechamiento efectivo de bienes y servicios que llevan al florecimiento biopsicosocial humano, evidenciado por el desarrollo irrestricto de grupos y personas. Es sustentable, responsable, libertario, armónico y con calidad humana. (p. 128).

Aunque el paradigma biomédico ha avanzado, todavía no incluye formalmente la percepción de las propias personas acerca de su salud. Respecto a la enfermedad, la medicina oficial la considera una entidad con un sustrato anatómico y funcionamiento alterado de órganos y tejidos corporales que explican los síntomas de los enfermos. La idea proviene de Morgagni (1682-1771) y Bichat (1771-1802) como se cita en Foucault (1963).

Desde entonces, la visión de enfermedad cada vez más reducida ha llegado “hasta los organelos celulares y las moléculas” (Lewis, 2013, p. 215). Cuando la biomedicina, con la concepción de enfermedad como patología objetiva, se enfrenta al creciente número de personas que tienen síntomas sin patología concomitante, la situación se complica para médico y paciente. Es el caso de la “somatización”, definida como la presencia de síntomas corporales para los cuáles no existe una explicación médica (McWhinney, Epstein, & Freeman, 1997).

Recientemente el concepto ha sido cambiado por *medically unexplained symptoms*, o síntomas sin explicación médica (SEM), o “trastorno por síntomas físicos” (Marcangelo & Wise, 2007). Hasta 50% de los pacientes que acuden con un médico general se ubican en esta categoría.

Los SEM son una construcción de la medicina occidental, que surgió en Europa junto con la idea de enfermedad como patología (Freeman, 2016). En la gran mayoría de estos casos los síntomas son expresión del sufrimiento por el estrés de la vida diaria, o expresan la conversión somática de conflictos psicológicos (Freeman, 2016, p. 179). El punto es que la idea de que los síntomas del cuerpo “siempre” deben tener un origen físico hace que el médico busque incesantemente la patología. Y al no encontrarla, para el médico significa que “el paciente no tiene nada” y para el paciente podría significar que el médico es incompetente. Además, los estudios de laboratorio pueden encontrar variaciones biológicas inocuas que se diagnostican como patología con valor pronóstico específico, situación conocida como “enfermedad espuria” (Freeman, 2016).

La búsqueda persistente de patología demostrable alimenta la cronicidad de pacientes con “síntomas físicos no explicados” y favorece el desarrollo de la “fijación somática”, un estado clínico con importante limitación funcional en el que: “el médico, paciente y su familia están convencidos de que existe una grave patología que no ha sido diagnosticada y que se necesita de más estudios tecnológicos y subespecialistas para encontrarla” (Freeman, 2016, pp. 179-180). Como se puede deducir, la creencia de la biomedicina de que enfermedad y trastorno de órganos y tejidos se corresponden siempre, genera obstáculos serios en la relación médico-paciente cuando el clínico aplica solamente el método biomédico del diagnóstico diferencial centrado en la enfermedad (entendida como patología objetiva). Muy ligado con la incompreensión de la existencia de síntomas sin patología subyacente, está la enseñanza tácita de que si un paciente mejora de sus síntomas con un “placebo” se puede deducir que sus síntomas “no proceden de una patología de fondo”. Grave error, que se deriva del desconocimiento antropológico del concepto de “respuesta al significado”.

La respuesta al significado en medicina

¿Por qué se ha perpetuado en la educación médica la enseñanza del concepto de respuesta al placebo, cuando se reconoce sin ambigüedad que placebo es por definición una sustancia inerte químicamente y, por tanto, bajo las premisas del fisicalismo filosófico que sustenta a la biomedicina, tal sustancia inerte es imposible que induzca por sí misma efectos biológicos? (Lam-Díaz & Hernández-Ramírez, 2014).

La introducción de placebos en la medicina se inició en el siglo XIX con el uso de pequeñas cantidades de almidón, harina, lactosa y otros con el fin de distinguir el “curso natural” de las enfermedades y para poder discernir cuáles medicamentos tenían un efecto terapéutico en la enfermedad y cuáles no lo tenían (Meinert & Tonascia, 1986). Así de antigua es la certidumbre de que los placebos son sustancias químicamente inactivas, por eso es tan sistemático su uso en los ensayos clínicos comparativos para determinar los efectos de una intervención conocida respecto a sus efectos deseados y no deseados (Meinert & Tonascia, 1986).

Si sabemos sin asomo de duda que el placebo es equivalente a inerte e inactivo, ¿por qué se sigue enseñando al médico en formación la idea de “respuesta al placebo” y no se enseña el claro origen psicológico del fenómeno? Por ejemplo, no se enseña que las “respuestas al placebo” varían con el color de las tabletas, el número de dosis, la forma farmacéutica (tableta, inyección, ungüento, etcétera), así como lo que se les explica o dice a los pacientes acerca del medicamento y la manera de hacerlo (Moerman, 2015). Tampoco se enseña que cuando los “pacientes responden al placebo” ocurren cambios objetivos medibles en el cuerpo de quienes los reciben creyendo que reciben una sustancia activa (situaciones habituales en los experimentos clínicos). Tales cambios corporales suelen ir en el mismo sentido que los cambios producidos por las sustancias activas

puestas a prueba en un ensayo clínico controlado. Por ejemplo, en pacientes con enfermedad de Parkinson la respuesta clínica al placebo se asoció con la liberación de dopamina endógena en el núcleo estriado o con la reducción de la actividad de neuronas individuales en el núcleo subtalámico. Y en pacientes con depresión mayor, el placebo produce cambios metabólicos similares a los producidos por la fluoxetina (un fármaco antidepresivo) (Beauregard, 2007).

Estos conocimientos no son recientes; desde la década de 1970 se demostró que los placebos inducen alivio del dolor en personas a las que se les extrae las “muelas del juicio” y que tal efecto analgésico se bloquea con naloxona un medicamento bien conocido que bloquea los opioides internos (analgésicos naturales endógenos) (Levine, Gordon, & Fields, 1978). Estos datos fueron confirmados veinte años después (Moerman, 2013). La biomedicina, en lugar de confrontar su separación de lo biológico y lo psicológico, sigue ignorando la visión de la antropología médica acerca de que la gente no responde a los placebos, sino que responde a lo que estos significan y cuando no hay placebos en un estudio, la gente *responde a la persona que les trata*:

La gente responde a lo que conocemos, pensamos, sentimos, a lo que se nos dice, creemos y sabemos. Respondemos a nuestros diversos bagajes culturales...respondemos al lenguaje, a la atención afectuosa, a la cultura, a la comunidad, a la historia. En una palabra, respondemos a los fenómenos significativos. (Moerman, 2013, p.130).

Así, la definición antropológica de respuesta al significado es: “son los efectos psicológicos y fisiológicos del significado en el tratamiento de la enfermedad” (Moerman, 2015, p.65).

En medicina se mira para otro lado cuando todos los días los médicos prescriben fármacos y realizan cirugías sin asumir conscientemente que el efecto global que se logra en cada caso depende no solo de la intervención médica -cualquiera que esta sea- sino de una serie compleja de

factores inmersos en la relación médico-paciente, la personalidad del clínico y el contexto (Baños-Diez, 2002; Nies, 1996; Ramírez-Villaseñor & García-Serrano, 2019).

Para diversos autores, gran parte del efecto terapéutico de la relación médico paciente proviene de la capacidad del clínico para tratar a sus pacientes con afecto y caridad (McWhinney I. R., 2000), o ecuanimidad compasiva (Adler, 2000) la cual constituye el tema de esta tesis. Hoy en día ya no es posible seguir ignorando las pruebas acumuladas de que la actitud de los clínicos tiene importante efecto sobre el pronóstico de los pacientes en una enorme gama de problemas clínicos, sean estos clasificados como psicológicos u orgánicos (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017). La complejidad que representa el lado subjetivo de la medicina amerita una descripción más profunda.

A continuación se describe una corriente dentro de la biomedicina que deja a un lado el reduccionismo biológico y logra una teoría explicativa integradora de la génesis de la salud-enfermedad.

La epidemiología del curso de vida (ECV)

La teoría microbiana y el enfoque de riesgo que dominan a la medicina, son conceptos lineales que dejan de lado las relaciones complejas biológicas, psicológicas y sociales que influyen los procesos de salud-enfermedad. Tal complejidad es abordada de mejor manera por la epidemiología del curso de vida (ECV), un modelo interdisciplinario integrado por demógrafos, sociólogos, psicólogos, biólogos, antropólogos y epidemiólogos, con visión multicausal, compleja e histórica de la salud-enfermedad. La ECV estudia: “Los efectos a largo plazo sobre la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la vida adulta.” (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist, & Power, 2003, p. 778).

La ECV, a diferencia del enfoque de riesgo lineal unicausal, considera la multicausalidad y no linealidad de los factores de riesgo, así como diferentes interacciones en riesgos de orden biológico, psicológico y social. Por ejemplo, la desnutrición in útero podría afectar la función de tejidos, órganos y sistemas corporales a través de una “programación biológica”. Un modelo explicativo que se presenta como alternativa al modelo del “estilo de vida” que domina actualmente la idea del origen y perpetuación de las adicciones al alcohol, tabaco y las preferencias alimenticias. (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist, & Power, 2003).

Mientras que el enfoque tradicional de riesgo asume la linealidad entre un riesgo aislado, ahistórico y la enfermedad, la EVC asume la relación compleja de diversos factores en una trayectoria de desarrollo; aquí aparecen conceptos como acumulación de riesgos individuales y grupales, cadenas de riesgo aditivo, contexto entendido como tiempo y lugar (familia, edad, clase social, amigos); período crítico, plasticidad, resiliencia, todo visto en la trayectoria personal a largo plazo donde ocurre la vida en pareja, el trabajo, la posición económica, los estados psicológicos y la función de los órganos. Es decir, mucho más que solo factores lineales (Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist, & Power, 2003).

El lado subjetivo de la medicina

La histeria y la incapacidad de explicarla en la tradición biomédica objetiva

En la Edad Media y el Renacimiento predominó la idea hipocrática de que numerosos síntomas como cefalea, sensación de ahogo, letargo, convulsiones, parálisis, crisis emocionales y otros, eran producidos por la compresión de los órganos del cuerpo causados por el útero (*hystera*, *matriz*) que migraba libremente por su interior. Charles Lepois en el siglo XVII cuestionó la idea de la matriz migrante y en su lugar propuso que había alguna afectación en el cerebro como

sustrato de los síntomas. Posteriormente, Pierre Briquet (1796-1881) estudió 400 casos de histeria y concluyó que ocurría en ambos sexos, no solo en las mujeres y que se debía a alguna alteración de una parte del encéfalo que “recibía las impresiones afectivas” (Amoruso & Bruno, 2010, p. 46). Pero, la medicina no ofrecía ningún tratamiento eficaz a excepción del médico Franz Mesmer.

La teoría del fluido universal de Franz Mesmer (1733-1815).

La máxima de que solo vemos aquello de la realidad que nuestros lentes mentales seleccionan para nosotros podría aplicar al fenómeno social suscitado por el médico Franz Mesmer. En la Europa del siglo XVIII, nadie ofrecía tratamiento eficaz para los numerosos casos de histeria, excepto Mesmer. Sus éxitos eran tales que amenazaban a la medicina oficial y al naciente Estado sustentado en la ciencia positivista, además de poner en entredicho a la Iglesia Católica, dada su teoría de la existencia de un “fluido universal” del mismo tipo del que mantenía la gravitación universal de los planetas y las estrellas. De acuerdo con Mesmer, habría una ley universal de la naturaleza en el sentido de la mutua influencia entre todos los cuerpos. Ese “fluido magnético” podía desequilibrarse en la persona y generar la enfermedad física y la histeria (neurosis). El tratamiento de tal desequilibrio sería el contacto humano adecuado para volver al balance fisiológico (Cardona-Quitian, 2012). Mesmer llamó “magnetismo animal” a ese fluido universal y aplicó un método sistemático para tratar enfermos nerviosos “con lo que contribuyó al abandono de la demonología y las curas de exorcismos” (Tortosa, González-Ordi, & Miguel-Tobal, 1999, p. 6).

El soberano francés Luis XVI decidió que dos comisiones separadas de científicos destacados evaluaran y rindieran sendos informes acerca de los supuestos teóricos del magnetismo animal con la tarea de responder a la pregunta de si existía o no tal fuerza curativa; no se

preguntaba si las curaciones ocurrían o no, sino que se cuestionaba la teoría subyacente a las curaciones, la existencia del magnetismo animal. Ambas comisiones científicas concluyeron que no había fuerzas magnéticas concentradas en el magnetizador ni que fueran transmitidas a sus pacientes. “Los efectos eran debidos al poder de sugestión, la imaginación e imitación” (Tortosa, González-Ordi, & Miguel-Tobal, 1999, pp. 9-10). Los informes no negaban los efectos curativos del método de Mesmer; negaban la validez de su teoría. Un fragmento de uno de los informes es ilustrativo de lo que reportaron los comisionados:

Las mujeres se sentaban en círculo alrededor de una vasija con ‘agua magnetizada’ y limadura de hierro, dándose la mano y tocándose las rodillas, masajeando sus pechos y torso mientras las miraban a los ojos [...]. Algunas lloraban y se arrancaban el pelo... (Cardona-Quitian, 2012, p. 299).

Fue un clérigo, José Custodio de Faria (1756-1861), quién dio las primeras luces sobre lo que pasaba durante las terapias de los histéricos. Faria, experimentó detenidamente lo que denominó “sueño lúcido”, sin necesidad de involucrar elementos magnéticos y concluyó que el “sueño lúcido” era un fenómeno natural que se podía lograr mirando fijamente a los ojos y dando órdenes sugestivas, con algunos tocamientos físicos y aproximaciones sucesivas. “Faria fue uno de los primeros en captar la importancia del efecto de las sugestiones indirectas a través de sustancias inertes, el conocido efecto placebo” (Tortosa, González-Ordi, & Miguel-Tobal, 1999, p. 10).

Charcot, Freud y Breuer y su mirada sobre la histeria

Un alumno de Briquet, el neurólogo Jean-Martin Charcot, se propuso demostrar que existían lesiones objetivas cerebrales de la histeria y para ello, haría autopsias de estos pacientes. Utilizó el poderoso método anatomo-patológico de la medicina, pero fracasó. No pudo encontrar

lesiones demostrables en el cerebro y sus tejidos (Amoruso & Bruno, 2010). Charcot, no obstante, dejó abierta la posibilidad de que existieran “trastornos funcionales migratorios en el tejido cerebral” que no se podían detectar con los recursos disponibles, pero que algún día serían conocidos. En palabras de Cardona-Quitian (2012) “la histeria le abrió un agujero a la ciencia [positivista] porque sus síntomas no siguen las leyes de la anatomía” (Cardona-Quitian, 2012, p. 294). La histeria ponía en entredicho el paradigma clínico-anatomo-patológico de la medicina, la neurología y la psiquiatría que se desarrollaban de manera independiente, pero asumían el mismo paradigma de la enfermedad asentada en patología objetiva en los casos “neurológicos” y ausencia de patología objetiva en los casos “psiquiátricos” (lo que sigue vigente hoy en día).

El modelo anatomo-patológico de Bichat describía las capas anatómicas objetivas del cuerpo, pero omitía la historia de la persona, estaba claramente centrado en la enfermedad en consonancia con la línea de la antigua Escuela de Cnidos al dejar de lado la subjetividad de la persona. La histeria contradujo la frase de Bichat: “Abrid algunos cadáveres y veréis desaparecer enseguida la oscuridad que la observación clínica sola no había podido disipar” (Bichat, como se citó en Foucault, 1963, p. 209). La triunfal frase de Bichat asumía que la experiencia clínica sin correlato anatomo-patológico era insustancial. Pregonó:

Usted podría tomar notas durante 25 años, de la mañana a la noche, junto al lecho de los enfermos sobre sus afecciones, del corazón, los pulmones, la víscera gástrica y solo será confusión en los síntomas vinculados a nada...Abrid algunos cadáveres... (Bichat, como se citó en Foucault, 1963, p. 208).

A casi 100 años de la muerte de Bichat, Martin Charcot llevó el método anatomo-patológico a su límite al estudiar a la histeria y reconoció que el método no pudo darle respuestas.

Sin embargo, Charcot observó que los “traumas físicos” podían generar cuadros de histeria en ambos sexos, como ocurría con los trabajadores de la industria y el ferrocarril cuyos graves accidentes se seguían de síntomas psicológicos idénticos a los histéricos (amnesia, demencias, miedos, crisis afectivas, fatiga, parálisis, vómitos, etcétera). Charcot hipotetizó que los pacientes histéricos, pero sin trauma físico conocido, podrían tener algún trauma en su pasado, pero no lo recordaban; para averiguarlo usó la controvertida hipnosis para “regresar” en el tiempo al enfermo por medio de “sugestiones bajo estado hipnótico”. La investigación no descubrió historias de traumas físicos, sino de orden sexual, que decidió mantener en silencio: “Lo que encontró fue el relato de la vida sexual de sus pacientes, pero calla y hace callar a sus alumnos...” (Cardona-Quitian, 2012, p. 302).

Posteriormente, Sigmund Freud, quien había estudiado unos meses con Charcot, elaboró la idea de que podría existir una alteración “funcional” del encéfalo sin lesión orgánica y postuló la existencia de una alteración de la concepción-representación del cuerpo en la que la histeria sería el resultado de una “representación lesionada”: “La alteración de la parálisis histérica será, entonces, una alteración de la concepción (representación) de la idea de brazo, por ejemplo” (Freud, 1893b p. 207 como se citó en Amoruso & Bruno, 2010, p. 50).

En 1893, en una memorable publicación conjunta, Joseph Breuer y Freud expusieron sus hallazgos de que el “trauma psíquico” o su recuerdo explicaban lo prolongado de los síntomas histéricos (neuróticos). Las vivencias del pasado podrían causar efectos tan intensos como si ocurrieran en el presente y persistir en la memoria aun si las personas no las recordaran. “El histérico caería preso de una paradoja, padecería de reminiscencias que no podría recordar conscientemente” (Amoruso & Bruno, 2010, p. 50).

Respecto a las causas del trastorno histérico, Breuer hipotetizó la existencia de una escisión de la consciencia, es decir, la existencia de “estados psíquicos separados”. Para Freud, era el resultado de defensas contra traumas sexuales. Pocos años después ambos conciliaron en el sentido de que la “escisión de la consciencia” es cierta pero que era secundaria al intento fallido del yo por defenderse de una representación sexual penosa (Amoruso & Bruno, 2010). Freud posteriormente dejó de hacer regresiones hipnóticas en sus terapias y consideró mejor la asociación libre de ideas.

La hipnosis, el renacimiento del mesmerismo

A finales del siglo XIX el mesmerismo renació bajo el concepto de hipnosis, pero mientras que Charcot –la usaba para la investigación en sus estudios de regresión hipnótica, los médicos rurales agrupados en la ciudad de Nancy lo usaban para el tratamiento de pacientes. Para Charcot los estados hipnóticos eran una forma de neurosis provocada, mientras que para el grupo de Nancy (Hipólito Marie Bernheim, Ambrosio Auguste Liebeault) la hipnosis era un fenómeno natural. Este grupo afirmaba que todas las personas eran más o menos hipnotizables y que el estado hipnótico se inducía por contemplación, sugestión verbal, imitación. “Bernheim fue el primero en usar la sugestión de manera directa en estado de vigilia, a eso lo llamó psicoterapia” (Tortosa, González-Ordi, & Miguel-Tobal, 1999, p. 14).

Según Tortosa et al., (1999), con la psicoterapia de Bernheim estaba naciendo la psicología clínica, pero al verse obligada a optar entre la epistemología de las ciencias naturales y la de las ciencias sociales escogió la primera y dejó fuera a hipnotistas y psicoanalistas... el *Zeitgeist* favorecía a lo observable y cuantificable. La frase de Janet de 1925 lo resume: “El hipnotismo

está realmente muerto... hasta el día de su resurrección” (Como cita Tortosa, González-Ordi, & Miguel-Tobal, 1999, p. 19).

Actualmente, algunos definen a la hipnosis como: “un estado global que abarca los sistemas neuro-endocrinos, afecta procesos subjetivos (cambios de conciencia), procesos autonómicos y operacionales del sujeto” (Ruíz-Díaz & Santibañez-Hidalgo, 2008, p. 151). Estos autores citan experimentos donde la hipnosis ha sido superior a la morfina en el manejo de dolor de tipo isquémico. También se cita el caso de niños hipnotizados que tienen menos dolor durante el proceso de biopsia de médula ósea que “los niños poco hipnotizables” (p.158).

Autores cubanos afirman la eficacia experimental de la hipnosis como coadyuvante en el manejo de diversas enfermedades médicas y psicológicas: trastornos del sueño, tabaquismo, obesidad, asma, enuresis, enfermedades de la piel, disfunción eréctil, fibromialgia, entre otras (Cabrera-Macías, López-González, Ramos-Rangel, & González-Brito, 2013). Una revista especializada en anestesiología publicó el caso de una paciente con sensibilidad química múltiple y choques anafilácticos por anestésicos locales, que fue operada de un tumor en la piel del muslo usando exclusivamente hipnosis, lográndose éxito total (Facco, Pasquali, Zanette, & Casiglia, 2013).

La medicina psicosomática, un intento de síntesis de lo subjetivo y lo objetivo en medicina

Poco después de la Segunda Guerra Mundial, la medicina había desarrollado un conjunto de teorías sólidas tanto en su lado objetivo como subjetivo que se fundían en la “medicina psicosomática”, pero que perdió auge por el posterior desarrollo de la farmacología, la fascinación social por la tecnología y la multiplicación de especialidades médicas y quirúrgicas. La medicina

psicosomática no se definía a sí misma como una especialidad, sino como una práctica científica centrada en descubrir la naturaleza de la relación entre las emociones y la función corporal (Weiss & English, 1949). Se planteaba que la psiquiatría había establecido sus bases científicas en la Primera Guerra Mundial y que “... ha visto una sustancial integración con la medicina general en la Segunda Guerra Mundial. Esto es la medicina psicosomática. Cuando la integración sea completa ya no tendremos que usar ese término, porque la buena medicina será psicosomática” (Weiss & English, 1949, p. 3).

Cómo se ve, se esperaba una integración de la psiquiatría y la medicina general antes de la explosiva generación de ramas y subramas del tronco biomédico general, en especial con el desarrollo de psicofármacos efectivos. En 1949, como hoy, los malentendidos y la suspicacia entre la medicina general y la psiquiatría como grupo frente a los especialistas biomédicos era común. Por ejemplo, no lograban acordar si era adecuado darle un nombre físico al dolor muscular ligado a la tensión crónica (si decirle “fibrositis”) y seguir un programa de terapia física que aliviaría sus síntomas, pero “...fijaría la neurosis y haría imposible que el paciente apreciara las fuerzas psicológicas causantes” (Weiss & English, 1949, p. 754). En el otro extremo de la discusión sobre la fibrositis estaba el terapeuta físico que veía innecesario hacer algo más que las sencillas medidas físicas que lograban aliviar la tensión muscular. Se pensaba, dicotómicamente, que una forma de tratamiento debería excluir a la otra; idea que prevalece en cierta medida en la educación médica. La fibrositis fue el primer nombre para lo que ahora se denomina fibromialgia, un síndrome de dolor crónico que se acompaña de trastornos del sueño, síntomas depresivos, síndrome de intestino irritable, fatiga y otros síntomas que afectan la calidad de vida considerablemente. La fibromialgia afecta hoy en día al 2% de la población estadounidense (Winslow, Vandal, & Dang, 2023).

Una limitación clara de la “medicina psicosomática” es que habla de las emociones del paciente, pero sin compartirlas, la palabra compasión no era parte de su repertorio lingüístico. Hoy en día la idea integradora de la medicina psicosomática es una de las raíces de la “Ciencia mente-cuerpo”, un área interdisciplinar que rechaza al cartesianismo, el cual, en su versión actual, sostiene la idea de que la mente y el cuerpo son entidades diferentes pero que están unidas (a manera de un puente). En su lugar, la medicina mente-cuerpo demuestra con multitud de datos moleculares que la mente está en todo el cuerpo, no solo en el cerebro y el sistema nervioso central y que hay un flujo de comunicación multidireccional y multinivel de todo el organismo:

Las moléculas que antes suponíamos pertenecientes a un sistema u otro (endocrino, neurológico, inmunológico, etcétera) en realidad hablan un lenguaje universal mente-cuerpo, son moléculas de significado. La mente no puede definirse solo en función de la estructura del encéfalo, de igual manera que el cuerpo no puede ser definido por un conjunto de huesos y piel. La unidad mente-cuerpo es un sistema integral de elementos interactuantes gobernados por una teleología más amplia que la especialización de sus integrantes: la preservación de la integridad del organismo. (Dreher, 2003, p. xiv).

Los aportes de la ciencia mente-cuerpo son altamente valorados por la medicina familiar académica y forman parte de sus fundamentos científicos. Lo que se describe a continuación es una idea de cómo el tratamiento de pacientes se especializó en dos grandes mundos, la enfermedad objetiva quedó a cargo de la medicina y sus muchas ramas; y los problemas de conducta y los afectos sin aparente base anatómica se quedaron al cargo de las diversas formas de psicología clínica. Esta división se hace totalmente borrosa en el campo práctico y científico de la medicina familiar.

La vertiente subjetiva y el humanitarismo

¿Aportó el lado subjetivo de la medicina actitudes humanistas/humanitarias³? La respuesta parece negativa en el caso de Martín Charcot, ejemplo del médico que detenta el conocimiento, lo aplica lo mejor que puede en el paciente, pero sin reconocer su condición menesterosa: “Recorría (Charcot) los pabellones del hospital ratificando diagnósticos, pero difícilmente era capaz de mirarlos como individuos en necesidad” (Benítez-Bribiesca, 2007, p. 102).

Respecto al caso de Freud y el psicoanálisis, la respuesta de si aportó al humanismo, no es tan clara. Un autor afirma que el psicoanálisis no es humanista, incluso afirma que rechaza el humanismo, pero se refiere al “Humanismo” surgido en el Renacimiento (Espinoza, 2010) no necesariamente a la compasión por el que sufre. Por otro lado, Perestrello (1969) afirmó que Freud era profundamente empático:

Su enorme interés por el ser humano se evidencia por la propia investigación y terapéutica que creó, cosa que solo sería posible mediante una extraordinaria dosis de empatía para poder sentir los profundos problemas de los otros, penetrando en sus más recónditos sentimientos. (p. 22).

La postura de que Freud abonó mucho para el desarrollo del humanitarismo en medicina, parte de que el filósofo Needleman (2014) concluyó que los notables efectos terapéuticos logrados

³ El término *Humanismo* se aplica a la corriente de pensamiento surgida en el Renacimiento que restauró la cultura grecolatina y que dejó atrás el excesivo enfoque en la Divinidad y la trascendencia en detrimento de la condición humana; el centro de la vida ya no era Dios, sino el humano. En lo cotidiano humanismo es frecuentemente usado en el mismo sentido de *humanitarismo*, (Derechos humanos, ayuda humanitaria, Derecho Internacional Humanitario que protegen a los no beligerantes en medio de las guerras). En México el cardiólogo Ignacio Chávez, pregonaba un *nuevo humanismo* en la educación médica (significaba el estudio de lenguas vivas, la historia y literatura contemporáneas) que, *automáticamente* conducirían al humanitarismo (Pérez-Tamayo, 2013). En esta tesis se usará el término humanismo en el sentido de humanitario y Humanismo cuando se le refiera como corriente de pensamiento.

en muchos casos de Freud, no se derivaba de las diversas teorías que formuló o que usan sus numerosos discípulos, sino de una cualidad personal, su compromiso absoluto y compasivo con sus pacientes, que involucraba todo su ser y le permitía encontrar soluciones revolucionarias. Tal estado mental lo denomina “atención”. La “atención” es un complejo que involucra todo el ser del terapeuta y libera “energía mental” que es sentida por el paciente y despierta el poder sanador de su organismo: “... este poder de la mente surge no solo y no principalmente de las funciones intelectuales, sino también de las funciones emocionales y motoras del organismo humano” (Needleman, 2014, p. 76). En este concepto de “atención”, hay mucha similitud con la idea de compasión, intensa resonancia empática y acción para aliviar el sufrimiento que han sido descritos en el concepto de ecuanimidad compasiva de esta tesis.

Volviendo al tema del humanismo, en México se ha considerado al humanismo como el interés afectuoso por aliviar los problemas de los pacientes (Martínez-Cortés, 2002), lo que coincide en buena medida con lo que se plantea en este proyecto como compasión. También ese humanismo asume un enfoque centrado en la persona que busca entender los significados del padecer que lleva al paciente a consultar al médico (Martínez-Cortés, 2002).

Los grandes clínicos de todas las épocas han hecho síntesis prácticas con las mayores fortalezas de ambas escuelas, es decir, han reunido lo mejor de las tradiciones subjetiva y objetiva de la medicina.

La medicina familiar integra lo subjetivo y lo objetivo en medicina

La medicina familiar necesita integrar las ramas objetiva y subjetiva de la medicina. La relevancia de superar la dualidad objetivo-subjetivo se sintetiza en este extracto de Freeman (2016):

El riesgo de vivir demasiado en un mundo de generalizaciones y abstracciones es el desapego de la experiencia (subjetiva) del paciente y la falta de sentimiento por su sufrimiento. La abstracción produce relatos de la experiencia con todo su poder generalizador, pero despojados de su colorido afectivo y muy alejados de las realidades de la vida... (p. 21).

No hay duda de que la subjetividad es parte de la realidad presente en la relación médico-paciente; de manera que sin su comprensión no es posible ejercer la medicina de una manera humanitaria y holística. Schumaker (1977, p. 83) citado por Freeman (2016), lo escribió magistralmente:

Una persona que nunca ha experimentado conscientemente un dolor corporal posiblemente no podría saber nada sobre el dolor sufrido por otros. Notaría signos externos...intentaría alguna interpretación; pero la experiencia del dolor permanecería invisible para él... el dolor corporal es algo que todos reconocemos como real, verdadero, un ‘hecho obstinado’ de la existencia...sin embargo es inobservable por nuestros sentidos externos. Si sólo lo observado... se considera real, científico, el dolor debe considerarse irreal, ‘subjetivo’, no científico. Y lo mismo aplica al amor, odio, alegría, esperanza, miedo, angustia...” (p.133).

Dicho esto, el autor de esta tesis se adhiere al constructo de subjetividad de González-Rey, (2013) quién la concibe como un sistema complejo autopoietico que consiste en la interacción dinámica de procesos simbólicos y emociones “Partiendo del concepto de sentido de Vygotsky, es posible definir el sentido subjetivo como aquella unidad de los procesos simbólicos y las emociones, donde la aparición de uno marca la emergencia del otro sin constituirse en su causa” (González-Rey, 2013, p. 34).

...el sentido subjetivo destaca lo simbólico y no la cognición, enfatizando el componente icónico de nuestros procesos psíquicos, cuya expresión más destacada se da en la imaginación y la fantasía. La unidad de lo simbólico y emocional es la unidad fundamental que define el carácter subjetivo de las experiencias humanas. (p. 35).

La relevancia del concepto de subjetividad como la interacción de emociones y procesos simbólicos que ocurren independientemente de las palabras, permite darnos cuenta de que gran parte de la relación intersubjetiva que ocurre en la relación médico-paciente no es patente en el registro del significado verbal, por tanto, el desarrollo de ecuanimidad compasiva del clínico - indudablemente subjetivo- puede ser enfocado tanto desde la perspectiva del médico como del paciente, en especial cuando este se encuentra en una situación de fragilidad.

La medicina familiar académica ha señalado desde sus orígenes en la década de 1950-60, la discrepancia entre la atención de lo físico y lo psicológico de forma separada. Así fue reconocido por uno de sus fundadores: “La medicina familiar necesita: “... un elemento psicoterapéutico poderoso que permita atender a la persona total, con el objetivo central de comprender el significado –para la persona- de los síntomas y enfermedades que ofrece al médico” (Balint, 1966, p. 146). A pesar de ello, no ha habido cambios en la educación del médico general, ni del especialista en medicina familiar cuya formación se centra en aprender biomedicina de subespecialistas que practican en hospitales. La propuesta educativa de unidad de ecuanimidad-compasión podría ser una alternativa en el sentido planteado por Balint y también puede ser el componente base para la atención de los problemas clínicos objetivos y subjetivos en el ámbito de la especialidad de la medicina familiar. Es potencialmente una forma de síntesis de las vertientes históricas de la medicina.

La medicina cómo práctica social

Al mismo tiempo que se gestó y desarrolló la revolución del pensamiento filosófico y científico a partir de la ruptura entre religión, filosofía y ciencia positiva durante la época moderna, de manera entrelazada se fue desarrollando un cambio radical en la vida política, social y económica del occidente, tanto en Europa como en las colonias de América. El hito histórico que marca este cambio fue la Revolución Francesa de 1789 y su promesa de libertad, igualdad y fraternidad portada por la burguesía emergente y su anhelo de un mercado libre sin la participación del Estado. Los profundos cambios económicos, sociales y culturales que significó este movimiento también tuvieron un efecto profundo en la práctica médica. Los siguientes 120 años a la Revolución Francesa que desembocaron en la Primera Guerra Mundial (1914-1918) fueron denominados por el antropólogo y economista Karl Polanyi, “La gran transformación” (Polanyi, 2012). En su libro, Polanyi describe la búsqueda burguesa de su ideal de un mercado nacional y mundial sin regulación del Estado, pero no podría perdurar mucho tiempo sin destruir a la sustancia humana y natural de la sociedad. La sociedad se protegió y limitó la libertad del mercado que desorganizaba la producción industrial y ponía en riesgo a la sociedad, pero el dilema sociedad-economía se resolvió al final a favor del mercado y éste se impuso sobre la sociedad. “Desde entonces la sociedad sirve a la economía en lugar de ser servida por ella como fue durante la historia humana previa...” (Polanyi, 2012, p. 49).

En la segunda mitad del siglo XVIII había tenido lugar la Revolución Industrial en Inglaterra (la máquina de vapor de Watt de 1769) y la expansión colonial de Europa Occidental sobre los territorios de África y Asia que sumó a sus colonias en América. El sistema capitalista se había hecho mundial y a esa escala despojó de la tierra a los campesinos y los desplazó hacia

los centros fabriles urbanos. Estableció un intercambio económico y cultural desigual entre metrópolis y colonias, que se acentuó con la globalización del capital financiero durante el siglo XX, las tecnologías de la comunicación y las multinacionales con su distribución planetaria de la producción y el comercio que hoy desplazan la producción local y erosionan severamente el poder del Estado-Nación (Giddens, 2000). Hoy, el capitalismo está dominado por el capital financiero, sus movimientos de millones de millones de dólares cruzan las fronteras nacionales en segundos (Giddens, 2000). Así mismo, las condiciones sociales cambian tan rápidamente que las rutinas y hábitos de las personas no logran consolidarse, la vida es precaria y la incertidumbre es enorme, “un juego de las sillas a escala mundial” (Bauman, 2005, p. 7).

Vivimos en una serie de continuos “nuevos comienzos” y asedios propagandísticos para mantener nuestra distinción de los demás a través del consumo superfluo permanente. El individualismo se ha vuelto una constante; Bauman anota que el término “individuo” surgió en el siglo XVII en un sentido progresista, pero hoy en día la noción de individuo libre se entiende casi solamente como consumidor en el mercado, ajeno a la participación política, e imposibilitado para poner freno al poder de las multinacionales (Pinochet, 2012).

En este contexto, la biomedicina creció y dominó el panorama mundial de la atención médica en todo el globo, impulsó y fue impulsada por una poderosa industria que requiere consumidores activos – incluso induce enfermedades (la calvicie masculina, los trastornos de déficit de atención, trastornos climatéricos, síndromes de timidez social, exageración del significado de la ansiedad, hipercolesterolemia, etcétera). (Shankar & Subish, 2007; Sturmberg J., 2012; Vélez & Figueredo, 2016).

La manipulación del mercado biomédico se demuestra con denuncias formales: al menos la mitad de los estudios publicados en revistas prestigiadas como *British Medical Journal*, *Lancet* y *New England Journal of Medicine* fueron “escritos por fantasmas” –personal de la industria farmacéutica- y firmada por académicos de prestigio que desconocían los datos crudos del estudio en cuestión (Kmietowicz, 2004). También se ha denunciado que especialistas prominentes han recibido 5 mil libras esterlinas por una conferencia acerca de un fármaco con el que no han tenido experiencia (Kmietowicz, 2004). La medicina, ya sea en la vertiente objetiva o subjetiva, es una práctica profesional inmersa en una sociedad y cultura concretas, donde fuerzas económicas inmensas ejercen un efecto corruptor centrado en la ganancia monetaria; no asumir que la educación médica, la práctica clínica, la investigación y la organización jerárquica de los servicios de salud se mueven en este ámbito sería negar la realidad social. De igual manera, es necesario recordar que la medicina social ha demostrado que la desigualdad en salud es estructural y que la epidemiología tradicional no aborda la carga diferencial de enfermedad por clase social, género, etnia y generaciones humanas (Crocker-Sagastume, García-De Alba García, & Amione, 2021).

También es necesario dejar claro que el modo de producción capitalista y su relación con la naturaleza y las condiciones sociales divergentes materializadas en clases y grupos sociales son determinantes en la salud social. No obstante, la educación médica de pregrado y posgrado está desvinculada de esta realidad social, omite lo ambiental en el sentido amplio y sigue concentrada en el enfoque biomédico y fragmentado en subespecialidades (Crocker-Sagastume, Garza-Ramos, & Vázquez-Castellanos, 2021).

La medicina como entidad sociológica

La medicina actual se explica bien con el modelo teórico de Friedson (1984) que considera a las profesiones como cuerpos relativamente autónomos y diferenciados de los trabajadores especializados, que cuentan con un corpus de conocimiento socialmente necesario y exclusivo. Explicado en términos simples, hay una serie de estamentos jerárquicos en la medicina; en la *base operativa* están los médicos que hacen posible los servicios de salud en la cotidianeidad. Esta base operativa es supervisada por un estamento de directivos, Friedson, (1984) lo llama *estamento normativo*. Este segmento elabora las normas que rigen la actividad de los operativos incluyendo las guías de práctica clínica y todo tipo de protocolos que buscan “estandarizar” procedimientos y algoritmos en las instituciones de salud.

Hay un tercer estamento que Friedson, (1984) denomina académico que tiene el privilegio de vivir en el mundo abstracto de la investigación científica y que dirige la educación de los futuros médicos desde las universidades, muy lejos de la realidad operativa. En estas circunstancias, no extraña que existan intereses dispares: “Estos agrupamientos jerárquicos de la profesión (médica) más su amplísima división en especialidades y subespecialidades genera grupos organizados con intereses, perspectivas y fines diferentes” (Friedson, 1984, p. 18).

En este panorama, en México, no se ve en el horizonte inmediato alguna iniciativa del “estamento académico” que ponga énfasis en la educación emocional de los estudiantes de medicina y de los médicos en formación. No se trata solamente de enseñar técnicas de comunicación asertiva, sino de educar las emociones y sentimientos en el ámbito de la relación médico-paciente. En otros países la necesidad de abordar la educación afectiva del médico es ampliamente reconocida hace más de una década:

La educación del nuevo profesional revertirá la noción académica de que debemos suprimir nuestras emociones a fin de volvernos técnicos...No enseñaremos a los futuros profesionales el distanciamiento emocional como estrategia para la sobrevivencia personal. Les enseñaremos como permanecer cerca de las emociones que pueden generar energía para el cambio institucional, lo que podría ayudar a sobrevivir a todos. (Berwick, 2009, p. 562).

Este proyecto de enseñanza de la ecuanimidad compasiva intenta contribuir a una integración, un reconocimiento de que en la relación médico-paciente hay al menos dos humanos sensibles que pueden construir una relación mutuamente benéfica. Como planteara Levinas (2019): “El hombre libre está consagrado al prójimo, nadie puede salvarse sin los otros... Nadie puede quedarse en sí mismo: la humanidad del hombre, la subjetividad, es una responsabilidad por los otros, una vulnerabilidad extrema.” (p. 130).

Hasta aquí se podría resumir que la biomedicina es hoy la rama objetiva de los saberes sobre la salud enfermedad que logró notables conocimientos de la biología de los humanos y las tecnologías y estructuras para atender la enfermedad y prevenir patologías que antes asolaron a la humanidad por entero y que hoy afectan solamente a los más pobres del planeta. Sin embargo, estos logros han sido al costo de obviar lo subjetivo, histórico y cultural de los procesos de salud, como fue puntualmente detallado en la crítica que Engel hizo a finales de la década de 1970. Al mismo tiempo, se fue generando la certeza científica de los poderosos efectos que la relación médico-paciente tiene en los resultados en salud. Balint & Balint (1966), pioneros en este campo, fueron quienes acuñaron el término de medicina centrada en el paciente

Procede ahora hacer un repaso de los principales modelos de la relación médico-paciente que se han dado en la relación médico-paciente.

Modelos de relación médico paciente

Modelo biomédico

La biomedicina creó un poderoso método para diagnosticar y tratar enfermedades que ha sido exitoso para prolongar la vida humana a través del control de las enfermedades infectocontagiosas y carenciales. Su característica esencial es que asume una visión positivista del método científico para reunir la información necesaria para hacer el diagnóstico de la enfermedad (patología) y ofrecer un tratamiento específico. Para ello, deja fuera los elementos subjetivos tanto del médico como del paciente. Estos elementos han dado surgimiento a la relación clínica activo-pasiva, la cooperación guiada y la participación mutua.

Relación médico-paciente activa-pasiva: En esta relación, el médico considera que la enfermedad produce en el paciente un estado de incapacidad; el paciente es visto como un menor de edad que no puede tomar decisiones autónomas. El significado del tratamiento solo el médico lo conoce, no es necesario que el paciente lo conozca. La eficacia del tratamiento es juzgada sólo por el médico (p. ej., una mujer – que ya no está en edad reproductiva- tiene sangrado genital debido a tumores benignos del útero, el médico indica extirpar el útero. Si la paciente se deprime después de la cirugía no es problema del médico; para él, “el tratamiento quirúrgico fue técnicamente perfecto”).

Cooperación guiada: En este modelo el médico determina que signos y síntomas constituyen enfermedad. El significado del tratamiento solo es conocido por el médico; el resultado terapéutico es juzgado tomando un poco en cuenta las ideas del paciente. Si el paciente acuerda con el médico entonces es “un buen paciente, si difiere es un mal paciente, no-cooperador”. Es el modelo predominante que se enseña implícitamente en la escuela de medicina.

Participación mutua: En este modelo las nociones de enfermedad se hacen más laxas, el significado del tratamiento involucra tanto la visión del médico como la del paciente; el éxito de la terapia incluye ambos puntos de vista y evoluciona con el curso de la enfermedad (Sohr, 1996). Constituye un progreso dentro del modelo biomédico, pero sigue sin considerar los elementos subjetivos de la relación médico-paciente.

Un libro de texto de 1973 ilustra los supuestos de la relación médico-paciente del paradigma biomédico. Inicia muy bien citando al médico y humanista Francis Peabody:

...el tratamiento de la enfermedad puede ser impersonal; la asistencia del paciente debe ser absolutamente personal... conocer a los pacientes implica tiempo, simpatía y comprensión y la recompensa es un lazo personal que constituye la máxima satisfacción de la práctica médica. (Peabody citado por Tumulty, 1973, p. 1).

Los principios de Peabody son valiosos, el problema es que el método del diagnóstico diferencial biomédico no les da espacio. Por ejemplo, el mismo texto que empieza citando a Peabody le da un pequeño espacio al paciente para que comunique el síntoma que lo lleva a la consulta médica (que debe ser un síntoma corporal, no psicosocial) y de inmediato le impone un largo “interrogatorio por aparatos y sistemas” (Tumulty, 1973, p. 9) desligado del sentir del paciente. En el mismo tenor, cuando se pretende “valorar a la persona”, se le pregunta sobre ideas de las causas de los síntomas y afectación funcional, pero las emociones y sentimientos del paciente y del médico son soslayados. Esta situación sigue presente hoy en la educación médica bajo el principio de profesionalismo médico, un constructo de espectro difuso: “Conductas, destrezas, actitudes, conocimientos y habilidades que implican la competencia profesional, maneras de proceder cultural y socialmente preestablecidas, honestidad, respeto, deseo de

servicio, comprensión, prudencia, objetividad, actitud reflexiva, eficacia, integridad, altruismo y justicia”. (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, p. 1).

Es decir, se exhorta reiteradamente al estudiante a comportarse con el humanismo descrito por Peabody hace 100 años, pero no se le enseña a modular sus emociones, ni a abordar las complejidades de la subjetividad del médico, del paciente y la intersubjetividad (Shapiro, 2011).

Modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial (BPS) más que una propuesta de relación médico-paciente es una crítica del siglo XX al modelo centrado en la enfermedad. Engel (1977) cuestionó la idea de que la enfermedad-patología era causada solamente por factores biológicos y que lo psicológico y lo social no podían afectar el nivel biológico. El modelo biopsicosocial (BPS) actualiza la vieja polémica entre los modelos holístico y de amplio contexto de la escuela de Cos y el modelo centrado en la enfermedad y de contexto reducido de la escuela de Cnidos, descritos antes. El modelo BPS parte de que la “enfermedad” se refiere a fenómenos no deseados que da lugar a acciones correctivas, creencias y explicaciones, así como búsqueda de tratamientos racionales. En esta evolución, la medicina como práctica humana, se ha vuelto parte inseparable de la cultura:

La biomedicina occidental además de proveer las bases para el estudio científico de la enfermedad se ha vuelto nuestra perspectiva cultural respecto a que es la enfermedad...Es un dogma aprendido por el estudiante mucho antes de que ingrese a la escuela de medicina (Engel, 2012, p. 380).

Desde mediados del siglo XX la biomedicina eligió a la “biología molecular” como la base de sus explicaciones; ya no era la anatomía o la histopatología, sino el nivel molecular a donde se recurre para explicar la idea de enfermedad. Es ahí donde Engel centra sus cuestionamientos “El modelo biomédico hace que dejemos de lado la explicación verbal del paciente porque en su lugar

le da mayor relevancia a los procedimientos técnicos y mediciones de laboratorio” (p. 384). También planteó que la objetividad en la comunicación en la relación médico-paciente es muy relativa: “Muchas expresiones verbales se derivan de la experiencia corporal temprana en la vida, por lo que las mismas palabras podrían servir para expresar cosas muy diferentes, tanto trastornos corporales, como trastornos psicológicos primarios. (p. 385).”

Engel demostró que el contexto de vida influye poderosamente en el reporte del inicio de los síntomas y en su curso de evolución, tanto en la diabetes como ejemplo de enfermedad “física” como en la esquizofrenia como ejemplo de enfermedad “mental”. Por eso, es prioritario desarrollar las destrezas del médico para obtener y analizar correctamente el relato del paciente acerca de su experiencia con su padecimiento, en palabras de Engel, (2012): “El modelo biomédico ignora el rigor que se requiere para lograr confiabilidad en el proceso de la entrevista y la necesidad de analizar los significados del paciente en términos psicológicos, sociales y culturales, así como anatómicos, fisiológicos o bioquímicos”. (p. 385).

Los factores psicológicos y sociales determinan si alguien con anormalidad bioquímica de diabetes o esquizofrenia se ve a sí mismo y lo ven los demás como enfermo... Los defectos bioquímicos pueden determinar ciertas características de la enfermedad, pero no necesariamente el punto en el tiempo cuando la persona cae enferma o acepta su papel de enfermo... por tanto, el “tratamiento racional” dirigido únicamente a la anomalía bioquímica no necesariamente restablece la salud del paciente incluso cuando corrige o mejora la anomalía bioquímica. Esto es cierto para la diabetes y la esquizofrenia. (p. 386).

La importancia que Engel (2012) confiere a la relación médico-paciente se resume de la siguiente manera “La conducta del médico y la relación médico-paciente influye poderosamente en el resultado terapéutico... los procesos psicológicos afectan la fisiología y la bioquímica de la

enfermedad” (p. 386). La obra de Engels contribuyó directamente al modelo centrado en el paciente y al método clínico reformado.

La medicina familiar académica, su modelo centrado en la persona y su método clínico centrado en el paciente

El concepto de medicina centrada en el paciente fue creado por Enid Balint en 1969 como “una forma de práctica clínica, que busca enfocar las necesidades y preocupaciones del paciente más que las del médico” (Balint, E., citado por Bardes, 2012, p. 382).

En 1957 se publicó un libro con la experiencia de más de 10 años de trabajo con médicos generales que fundamentaba la idea de que cada médico general tiene un enorme potencial psicoterapéutico. El concepto se describió con la metáfora ‘el médico como medicamento’ “los médicos se prescriben así mismos, aun sin saber la dosis requerida, las posibles alergias y los efectos adversos que podrían ocasionar” (Balint, 2000, p.1). La reseña del libro de Michael Balint publicada en 1957 es elogiosa:

Se relatan éxitos y también fracasos, reconociendo sus debilidades. El libro ilustra de forma convincente que cada médico posee un potencial considerable de poder terapéutico que rara vez utiliza, raramente se reconoce y nunca se menciona en la escuela de medicina ni en los textos médicos. Este libro es una clave para ‘una nueva mirada’ de la medicina, uno que debería ser leído por los especialistas, los médicos generales y especialmente los estudiantes de medicina. (Anónimo, 1957, p. 418).

Los seminarios de Michael Balint con 14 médicos generales que compartían libremente sus casos de pacientes que les generaban emociones y sentimientos intensos, se realizaron a partir del enfoque de la teoría psicoanalítica (Balint era médico general, doctor en química y

psicoanalista); en esos grupos, Balint asumía el papel de observador participante, en un ambiente libre, abierto y con alta garantía de confidencialidad.

Entre los conceptos inmersos en la relación médico-paciente descubiertos por Balint, (2000) en sus seminarios se encuentran: La falla básica, la función apostólica, la sociedad o compañía de la inversión mutua, la conspiración del anonimato y el médico-medicamento.

La falla básica considera que todos tenemos ciertas características personales desarrolladas como resultado de reacciones a estresores tempranos ocurridos en los últimos 3 meses de la gestación y hasta alrededor de los primeros 6-7 años de vida. Esta falla básica define como reaccionamos ante el mundo que nos rodea, incluyendo los pacientes. “Por eso es fundamental que el médico se conozca así mismo” (Balint, 2000, p. IV).

Función apostólica es la función educativa que hace el médico con su paciente acerca de salud, enfermedad y patrones de conducta deseable; si este proceso no se controla el médico podría dictarle al paciente la forma de vida que “debería” tener. Balint estuvo consciente de este peligro, por lo que subrayó la necesidad de una buena comunicación médico-paciente y “comprensión mutua siendo el respeto, la confianza mutua y la cooperación las bases para esa relación” (p. IV).

La compañía de inversión mutua trata de los acomodos y compromisos mutuos que hacen médico y paciente, con la esperanza de que la relación tenga efectos terapéuticos y perdure.

El diagnóstico profundo significa que además del problema biomédico que pudiera tener el paciente, debemos buscar comprenderlo como persona, como miembro de una familia, de una comunidad y de un ambiente de trabajo.

La conspiración del anonimato y silencio, esta idea provino de las historias dónde los médicos generales enviaban a pacientes con problemas de salud física o mental altamente desafiantes a especialistas del hospital. Dichos pacientes eran retornados al médico general con el mensaje de que, en lo que a su especialidad se refería, todo estaba bien lo que dejaba al médico general sin soluciones para el problema de su paciente. En estos casos, el trabajo de los seminarios encontraba que el “diagnóstico profundo” no se había descubierto, quizá porque “la compañía de la inversión mutua” había dejado fuera temas significativos, por lo que era necesario un nuevo acuerdo, una nueva negociación en la forma o alcances de la relación médico-paciente.

El médico como medicamento, es el reconocimiento de que todas las acciones activas o pasivas del médico, influyen en la relación con el paciente y en la evolución de la enfermedad. Balint reconoció lo poco que se sabía en ese entonces (y actualmente) sobre la dosis adecuada del medicamento llamado “doctor”. En las palabras de Balint (2000):

En las discusiones sobre el uso de los fármacos en la clínica Tavistock en Londres, rápidamente nos dimos cuenta de que el medicamento más usado en la medicina general era el médico mismo, es decir, no era solo el frasco o caja de pastillas lo que importaba, sino la forma como el médico las daba al paciente. De hecho, el ambiente global en el cual se daba y tomaba la medicina. (p.1).

Balint percibió rápidamente que la idea de que cada médico debería aprender a ‘prescribirse a sí mismo’ con el paso del tiempo, su experiencia y el auxilio de su sentido común, era diametralmente opuesta al rigor con que se estudiaba el uso de los medicamentos a través de experimentos científicos detenidamente diseñados y ejecutados: “Nos dimos cuenta de este inquietante estado de cosas y decidimos que uno de los objetivos principales de nuestra investigación debería ser diseñar esta nueva farmacología” (Balint, 2000, p. 2). Se puede decir

que en 2023, se sigue en el estado de ignorancia que Balint describió en 1957 y 1963 respecto al fenómeno del médico-medamento, aunque se puede suponer con buenas probabilidades de acierto, que este fenómeno está detrás del “arte médico” (McWhinney, 1996) y que es parte importante de la respuesta al significado (antes respuesta al placebo) en el contexto clínico (Ramírez-Villaseñor & García-Serrano, 2019).

La ecuanimidad compasiva

La compasión

La palabra compasión viene del latín (*cumpassio*) y simpatía viene del griego (*sympátheia*), ambas palabras significan com-partir el sufrimiento, sufrir junto con el otro, aunque su uso en la vida diaria difiere (Centeno-Prieto, 2016). Cuando la medicina occidental nació alrededor del siglo V a. de C. no tenía más que ofrecer que cuidados compasivos, presencia, deseo sincero de ayudar, compartir el dolor físico y emocional y preparar el cuerpo para el sepelio. Los médicos originalmente fueron curanderos, sacerdotes y embalsamadores (Sturmberg & Martin, 2013). Conforme la medicina acumuló recursos (técnicas quirúrgicas y herbolaria) fue dejando poco a poco su función sacerdotal y espiritual y la compasión y sufrimiento fueron quedando en desuso en especial después de los descubrimientos científicos del siglo XIX.

La medicina actual, la que puede llamarse convencional o alopática, parece estar animada por el ideal de curar todas las enfermedades humanas, pero deja de lado el sufrimiento. No obstante, el sufrimiento humano no ha desaparecido, de hecho, está presente en la medicina por todas partes como señaló Dubos (como se citó en Freeman, 2016): “La medicina es ...el encuentro constante con enfermedades incurables y el sufrimiento humano” (p. 152). El sufrimiento no proviene solamente de la enfermedad física; cada vez hay mayor número de personas con severo

sufrimiento mental, “La experiencia de demencia, depresión, esquizofrenia o ansiedad puede producir el sufrimiento más intenso, que no se limita a personas con enfermedades mentales graves. A menudo encontramos que los pacientes que están levemente deprimidos expresan temor a la locura.” (Dubos, como se citó en Freeman, 2016, p.152).

Ante la magnitud del sufrimiento que la medicina y los sistemas de salud encuentran diariamente, se debería asumir la necesidad de desarrollar el único recurso humano conocido que podría aliviarlo, la compasión humana. Aquí, la medicina necesita recurrir a la tradición religiosa y filosófica para fortalecer su bagaje científico y reencontrar su lugar en el complejo mundo actual. Para la religión cristiana, la compasión se considera algo más que solamente empatía afectiva, e incluye el deseo genuino de aliviar el dolor del otro. “Una persona siente el dolor con el otro y experimenta un fuerte deseo de tomar cualquier acción necesaria para mejorar la situación de ese otro” (Pembroke, 2019, p. 2). En la teología cristiana la palabra griega *ágape* significa establecer empatía en sus dos aspectos, cognitivo y afectivo, no hacerlo significaría estar en conflicto con la espiritualidad. *Ágape* significa amor incondicional. En el ámbito de la medicina familiar académica son conocidos los 4 amores: eros, amistad, afecto y caridad; el filósofo de la medicina familiar McWhinney (1996) consideró que la unión de afecto y caridad constituyen el poderoso substrato del “arte médico”.

La compasión es “capaz de aliviar la soledad metafísica” (Egan, 1990, como se citó en Pembroke, 2019, p. 123). Es claro que la medicina no puede conceptuarse como solamente compasiva; “la medicina es una empresa científica que requiere de pensamiento claro y de la acción compleja” (Pembroke, 2019, p. 4). Pembroke lo dice en palabras de Halpern (2003):

“Es únicamente cuando un paciente siente que su médico ha recibido su sufrimiento personal como presencia real que se siente genuinamente cuidado...” (Pembroke, 2019, pp. 5- 6).

Cuidar de los pacientes con las formas descritas de empatía como una forma de extensión de nuestro ser que toca, ase (aprehende) el dolor que no es nuestro, es una forma de trabajo, un gasto de energía y también una expresión de amor. (Pembroke, 2019, p. 7).

En este estudio, el discurso cristiano de compartir el sufrimiento y hacer las acciones necesarias para aliviarlo mientras se actúa con pensamiento claro, se interpreta como equivalente al concepto de ecuanimidad compasiva expresado en este trabajo. Se está hablando de la integración del conocimiento científico, la compasión y la ecuanimidad, todo ello modulado por autoconocimiento. En las escuelas de medicina e instituciones de salud se habla de compasión solo marginalmente, pero en el ámbito social crece la convicción de que la relación compasiva en medicina disminuye el dolor post-operatorio, prolonga la calidad y la duración de la vida en fase terminal y reduce las complicaciones de los diabéticos (W.E.F., 2017). Hay creciente acumulación de pruebas de los beneficios para la salud de los pacientes y los clínicos mismos derivados de las actitudes compasivas y ecuánimes (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017).

La ecuanimidad compasiva en la relación médico-paciente

La ecuanimidad se define como la postura de mente clara que no es perturbada por emociones y que permite la imparcialidad de juicio (Lederman, 2007; R.A.E., 2019); la compasión, como la intensificación de la empatía afectiva en el contexto del sufrimiento (Post, et al., 2014). En este proyecto se conceptúa a la ecuanimidad compasiva como una configuración subjetiva (González-Rey, 2013, p.34) un sistema auto organizado, que emerge de la interacción

de emociones y procesos simbólicos, modulados por procesos de autoconocimiento, que consiste en la capacidad de resonar empáticamente con el sufrimiento del otro (Vanaerschot, 2007) en la proporción adecuada en cada caso y unido al genuino deseo de aliviar el sufrimiento con las acciones necesarias (Pembroke, 2019); esta capacidad es modulada por una mente clara e imparcial en el contexto de la relación médico-paciente.

La idea de resonancia empática que aquí se plantea es el descrito por Vanaerschot (2007):

...una forma de experimentar lo que expresa el cliente (lo que se dice, lo que no se dice, cómo se dice y el lenguaje corporal) que provoca una sensación corporal sentida en el terapeuta. Esto implica que ciertos aspectos de la experiencia implícita del terapeuta llegan a estar en proceso y, por lo tanto, pueden sentirse en la conciencia. (p.316).

Si bien, no puede afirmarse que lo que el clínico siente es exactamente lo que el paciente está sintiendo, dado que es imposible ser la otra persona (Schütz, 1977); se podría decir que el proceso empático permite cierta sincronía neurofisiológica como el que se ha demostrado en la conductancia eléctrica cutánea concordante entre dos individuos que comparten inconscientemente sus afectos (Decety, Smith, Norman, & Halpern, 2014).

En esta tesis, el concepto de ecuanimidad compasiva destaca que sin autoconocimiento suficiente la compasión tiene riesgos para el paciente y para médico y que se trata de un fenómeno autopoietico, emergente y auto organizado que se puede explicar por un paradigma epistemológico constructivista radical (Stewart, 2001). La autopoiesis es un concepto complejo que se refiere a la capacidad de los organismos vivos de autogenerarse a partir de los recursos con que cuentan en su medio y su propia estructura interna. “La autopoiesis es una clase de dinámica de organización...” (Gibert-Galassi, 2001, p. 9). El concepto fue generado por los biólogos

Maturana y Varela a finales del siglo XX; para ellos “autopoiesis equivale a ‘vida’ y ‘cognición’ y los organismos vivos son su metáfora básica” (Stewart, 2001, p.113).

La autopoiesis de niveles moleculares se plantea también al nivel de todo el ser vivo y los sistemas que esos organismos crean (Gibert-Galassi, 2001). Los organismos vivos de acuerdo con el paradigma autopoietico tienen un conocimiento (“*know-how*”) implícito de “cómo” funcionar para mantenerse vivos.

El término “fenómeno emergente” en un sistema complejo se refiere a fenómenos nuevos, no imaginados previamente. Cuando los organismos complejos se enfrentan a cambios relevantes de su entorno desarrollan cambios emergentes. “El sistema desarrolla nuevas estructuras internas (capacidad de auto organización) ... por eso los sistemas vivos, sociales... hacen fallar por completo el reduccionismo” (Sturmberg & Miles, 2013, pp. 30-31).

Las barreras para este estudio son grandes, algunos educadores todavía sostienen la idea de que la empatía médica debe ser solo cognitiva y separada de la compasión; incluso devalúan a esta última y lo señalan como factor que entorpece la toma de decisiones:

Debido a su naturaleza afectiva, una sobreabundancia de compasión puede ser perjudicial en las relaciones médico-paciente y puede impedir la neutralidad necesaria en la toma de decisiones clínicas. La empatía definida cognitivamente siempre conduce al crecimiento personal, la satisfacción profesional y los resultados clínicos óptimos, mientras que la compasión definida afectivamente puede conducir al agotamiento profesional. (Hojat, et al., 2009, p. 1183).

La visión expresada por Hojat no contempla una configuración de compasión y ecuanimidad como la que se pone a prueba en este estudio, ni señala la necesidad de autoconocimiento. Hojat (2009) considera que la empatía clínica debe ser solamente cognitiva,

porque estima que un alto contenido emocional puede nublar la toma de decisiones clínicas acertadas. (Hojat, Maio, Pohl, & Gonnella, 2023).

Lo que puede decirse al respecto, es que las pruebas neurocientíficas permiten afirmar que no necesariamente es cierto que la conexión emocional afecta el buen juicio clínico. La conducta clínica en una situación dada depende de la adecuada interacción entre los circuitos afectivos y cognitivos de la empatía y si ocurre una regulación emocional exitosa, el control emocional impulsa la motivación para servir a otros (Decety, Smith, Norman, & Halpern, 2014).

Si la resonancia empática se procesa erróneamente y no logramos discernir que los sentimientos con que resonamos no son los nuestros, que no surgen de nuestro yo, puede ocurrir contagio emocional, que lleva al sufrimiento empático que a su vez dispara conductas de evitación, deterioro de salud, *burnout* y sentimientos negativos (Singer & Klimecki, 2014).

La neurociencia ha podido verificar las vías cerebrales cognitivas y afectivas de la empatía, así como la vía de la disposición a servir a otros. El componente afectivo de la empatía es mediado por conexiones que comunican al tallo cerebral, las amígdalas cerebrales y la corteza somatosensorial, el hipotálamo y la ínsula (un sistema que recibe información en tiempo real del medio interno de todo el cuerpo, incluyendo el sistema endocrino e inmune).

El lado empático cognitivo sigue circuitos muy relacionados con la toma de perspectiva y la atención ejecutiva; básicamente estos circuitos comunican áreas corticales, corteza prefrontal media y prefrontal dorsolateral, así como la unión temporo-parietal.

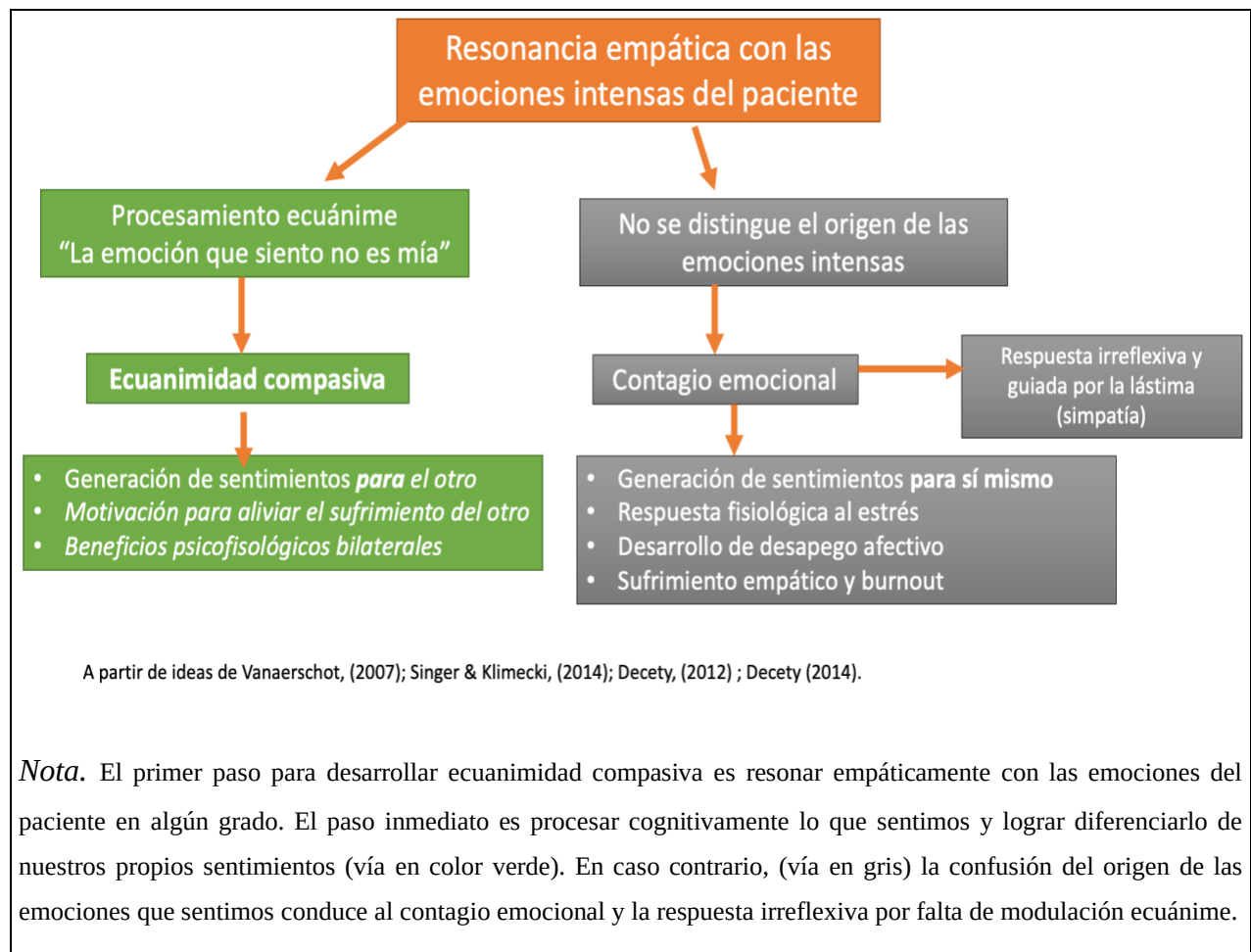
El tercer sistema de conexiones se refiere al control del sentimiento de preocupación por otros (componente compasivo), activa sistemas subcorticales que involucran al hipotálamo y la

corteza órbito-frontal que regulan normalmente la conducta materna del cuidado del bebé (Decety, Smith, Norman, & Halpern, 2014).

Un elemento que favorece los intentos educativos relacionados con la empatía clínica es saber que los circuitos descritos son altamente moldeables por factores contextuales, sociales, cognitivos e interpersonales (Decety & Svetlova, 2012). A pesar de los datos referidos que permiten deducir la factibilidad de moldear educativamente los procesos empáticos y compasivos, McNaughton (2013) encuentra que el discurso de la emoción en la educación médica sigue dominado por el dualismo: “La emoción es una corrupción de la razón que necesita ser trascendida” (p. 72).

El mensaje cartesiano de “evacuar la emoción de la razón se asienta en la enseñanza del currículo formal y el oculto de “preocupación desapegada” (*detached concern*) (McNaughton N., 2013, p. 72). En este proyecto se ha tenido claro desde antes de su inicio que la combinación inapropiada de afectos y cognición puede obstruir la toma de las mejores decisiones (Damasio, 1994), cuestión central que se pretende educar con la enseñanza de actitudes ecuánimes unida a compasión y cuyo proceso se intenta mostrar en la figura 1.

Figura 1. Enseñanza de la ecuanimidad compasiva a partir de la resonancia empática del clínico



La compasión en la filosofía occidental

La filosofía occidental provee de bases para enseñar la ecuanimidad compasiva. Aristóteles define a la compasión como “Un cierto pesar por la aparición de un mal penoso y destructivo a quien no lo merece” (Aristóteles., 1999, p. 353). “Se compadece al ver el dolor físico, la muerte o su inminencia, las enfermedades, la debilidad...” (Aristóteles, 1999, p. 356).

Pero asumir la compasión y el amor sin equilibrios, en el sentido aristotélico, llevaría casi inexorablemente a la fatiga por compasión, el desgaste y el agotamiento. El propio Aristóteles aconseja recurrir a algunas virtudes (modos de ser) como la moderación, la calma, la sensatez y la sabiduría. De la propuesta aristotélica la sensatez se puede considerar una forma de ecuanimidad “Una virtud de la inteligencia por la que se adquiere la facultad de deliberar adecuadamente acerca de los bienes y los males” (Aristóteles., 1999, p. 244).

Otro filósofo muy posterior a Aristóteles, Baruch Spinoza, en el siglo XVII abordó el impulso de ayudar a otros por compasión: “Si una cosa nos inspira conmiseración, no podemos odiarla a causa de la tristeza de que nos afecta su miseria. Nos esforzamos en cuanto sea posible a librarla de su miseria” (Spinoza, 2007). Pero Spinoza deja claro que la compasión no debe dominar al hombre: “la conmiseración en sí misma es mala e inútil en un hombre que vive bajo el gobierno de la razón” (Spinoza, 2007, p. 183). En su corolario de la proposición 50 escribe, “un hombre que vive bajo el gobierno de la razón se esfuerza cuanto puede en no dejarse dominar por la conmiseración ” (p.183).

De acuerdo con Spinoza, los afectos son parte inherente de la vida humana por lo que no se trataría de rechazarlos, negarlos, sino de no dejarse dominar por ellos; el medio para el equilibrio afectivo es el conocimiento claro de las cosas que da la razón (ecuanimidad en el sentido de esta tesis).

Algo relevante en las ideas de Spinoza es que si bien, la compasión por los demás tiene riesgos, su carencia es deshumanizante; Spinoza considera inhumana a aquella persona que no es impulsada por la razón o por la conmiseración a socorrer a los demás: “Merece con justicia el

nombre de inhumano porque no parece asemejarse al hombre (proposición 27, parte III)” (Spinoza, 2007, p.183).

Spinoza, propone a la razón como fundamental en el equilibrio de los afectos (lo que hoy se denomina emociones y sentimientos en la neurociencia). La búsqueda de las ideas claras y distintas de Spinoza sería la raíz de la ecuanimidad, “el esfuerzo por conocer es el primero y único origen de la virtud... lo que conduce al conocimiento es bueno y es malo lo que impide que lo poseamos” (Spinoza., 2007, p. 166). Este filósofo reconoce que los humanos vivimos en un mundo de afectos entre la alegría y la tristeza y que, solo reconociendo nuestra naturaleza humana y avanzando en nuestro autoconocimiento, podremos dominar nuestros afectos (pasiones):

La pasión mueve al hombre en función de la alegría y la tristeza, pero éstas sirven para conservarlo y reforzarlo en su ser, para darle mayor realidad y perfección... el hombre puede hacerlo actuando en función de lo útil, actuando según la razón su vida será virtuosa, comprenderá sus propias pasiones y... dejará de ser esclavo (Spinoza., 2007, p. XXXII).

Otra fuente filosófica que apoya la idea de la enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva se encuentra en Levinas (2001); para él, la comprensión del ser humano, del otro, no es una cuestión teórica sino práctica, comprender al otro es: “entrar en acción con lo particular en su existencia única” (Levinas, 2001, p. 17). Expresado en sus palabras:

Nuestra relación con el otro consiste ciertamente en querer comprenderle, pero esta relación desborda la comprensión. No solamente porque el conocimiento del otro exige, además de curiosidad, simpatía o amor, maneras de ser distintas de la contemplación impasible, sino porque, en nuestra relación con el otro, no nos afecta a partir de un concepto. Es ente y cuenta en cuanto tal. (Levinas, 2001, p. 17).

Hay notoria coincidencia entre los fundadores de la medicina familiar como disciplina académica con los conceptos de Levinas. Para ambos el encuentro clínico significa asumir responsabilidad por el otro... “hacerse responsable del prójimo se llama amor, amor sin Eros y con caridad... es hacerse cargo del destino de los otros” (Levinas, 2001, p. 129).

Este proyecto une la ecuanimidad con la compasión por el otro buscando la armonización del lado objetivo y subjetivo de la medicina en un sentido práctico. En este punto, una idea de Sousa-Santos es la “Traducción intercultural”, lo opuesto a la negación del otro a través de la represión lingüística y otros unilateralismos (Sousa-Santos, 2018). Se trata de asumir que siempre que dos culturas se ponen a traducirse mutuamente, existe un equívoco, no hay univocidad, similitud, entre lo que decimos el otro y nosotros (Castro Viveros, 2004, como cita Sousa-Santos 2018). Se trata de entender al otro sin asumir que tiene el mismo entendimiento básico y para hacerlo, es necesario recurrir a una idea gramsciana, “...reunir argumentos más sentimientos, es decir, *passionalità*” (Sousa-Santos 2018, p. 268). Este proyecto coincide con este planteamiento, unir los argumentos que da la ecuanimidad con los sentimientos que provienen de la compasión ante el que sufre y que motivan la disposición de ayudarlo.

Fundamentos neurobiológicos para enseñar ecuanimidad compasiva

¿Qué racionalidad tienen los principios filosóficos descritos a la luz de la neurofisiología actual? Hoy se reconoce que filogenéticamente las emociones y sentimientos humanos se originaron en reacciones celulares simples, que después dieron lugar a sistemas de retroalimentación y posteriormente a sistemas nerviosos complejos capaces de ser conscientes de sensaciones corporales (emociones) y finalmente de ideas elaboradas y auto-percibidas con finalidades sociales y con reglas culturales, es decir, sentimientos (Damasio, 2003).

Se han descrito emociones primarias como el miedo, la ira, el asco, la sorpresa, la tristeza en humanos de todas las culturas, pero también se describen en otras especies animales. Las emociones sociales (sentimientos con alto contenido cultural) como: la compasión, turbación, vergüenza, culpa, orgullo, celos, envidia, indignación, gratitud... todos estos: “no son simple decoración añadida a las emociones, sino revelaciones del estado de vida en el seno del organismo” (Damasio, 2003, p.13).

Dentro de nuestro ser ocurren procesos de una gama enorme desde lo totalmente ajeno a nuestra conciencia, hasta lo que es accesible al razonamiento consciente. Lo cual nos permite “esforzarnos al menos en cierta medida para controlar intencionalmente nuestras emociones” (Damasio, 2003, p. 54). De esta manera, ubicamos a la compasión en la gama modificable de los sentimientos, debido a que, como todos ellos, “es una percepción de un estado corporal al tiempo que la percepción de pensamientos concretos dentro de un determinado modo de pensar” (Damasio, 2003, p. 86). Los sentimientos en la concepción de Damasio (2003), “son sensaciones de procesos más básicos, apetitos, emociones propiamente dichas” (p.92). Un ejemplo es el sentimiento de empatía, proveniente de la emoción del mismo nombre, que consiste en la

“simulación interna” de estados corporales emocionales, en la que las áreas somatosensoriales del hemisferio cerebral derecho del sujeto crean mapas “como si” estuviera sintiendo las mismas sensaciones corporales que la otra persona siente pero que no están ocurriendo en el cuerpo propio.

El mecanismo identificado en el proceso empático son las “neuronas en espejo” (Damasio, 2003). El proceso descrito ha sido comprobado con personas con lesiones de corteza cerebral somatosensorial derecha que no pueden identificar las emociones expresadas por otros cuando se les muestran fotografías con claras expresiones emocionales, en cambio, “cuando la lesión ocurre en la zona somatosensorial izquierda no se afecta la capacidad de identificación de las emociones expresadas por otros” (Damasio, 2003, p.116). Sentir compasión por otros no es posible sin procesos empáticos. Damasio (2003) afirma que “la compasión la sentimos, sabemos que la sentimos y la mostramos, a diferencia de los bonobos” (p. 162).

En la misma línea de ideas de Aristóteles y Spinoza, Damasio deja claro que “la señal emocional no es un sustituto del razonamiento adecuado, tan solo facilita su eficiencia” (Damasio, 2003, pp. 143-144). Este razonamiento adecuado, sería posible a través de un proceso ecuaníme que mediaría una compasión calmada y la toma de decisiones éticas pertinentes. Lo que Damasio afirma, en las palabras de Spinoza, es la ecuanimidad sustentadora de la conducta ética:

...Se deduce que los hombres que son gobernados por la razón, es decir, aquellos que buscan lo que es útil bajo la dirección de la razón, no apetecen nada para ellos mismos que no deseen también para los demás y son así justos, de buena fe y honrados (Spinoza, 2007, p. 162).

Implicaciones de la ecuanimidad compasiva

La compasión es un importante ingrediente de los “cuidados médicos esmerados y afectivos” (*caring*), “con demostrados efectos fisiológicos en pacientes y médicos” (Adler, 2000,

p. 885). Cuando alguien escucha de manera comprometida, la fisiología del entrevistado y entrevistador tienden a converger. Meses después de una consulta empática, se puede verificar que mientras mayor haya sido el grado y profundidad de lo expresado, mayor es la mejoría de la salud del entrevistado. Lo que traduce la importancia del impacto que puede tener la compasión en la práctica clínica. Pero también se sabe de relaciones discordantes o divergentes, como cuando un paciente expresa profunda rabia contra el terapeuta. En estos casos, los indicadores de actividad autonómica del paciente disminuyen mientras las del terapeuta se incrementan (Adler, 2000).

Hay un costo obvio si la resonancia empática se desarrolla sin autoconocimiento. Pero también existen riesgos del distanciamiento afectivo que conduce a la atrofia emocional del médico (McWhinney, 1996; McWhinney, 2000) y decepción de los pacientes que lo interpretan como indiferencia (McWhinney, 1996). Es claro, por tanto, que hay costos bilaterales de la relación insatisfactoria médico-paciente, tanto emocionales como económicos e impactan a los sistemas de salud (Adler, 2000).

La falta de compasión en la relación podría causar ansiedad crónica y aumento del dolor físico (Roth-Damas, Portillo-Santamaria, Folch-Marín, & Palop-Larrea, 2017). Por lo contrario, la buena relación médico-paciente se asocia con mejor salud funcional de los pacientes (Olaisen, Schluchter, Flock, Koroukian, & Stange, 2020). La calidad de las conexiones emocionales es importante en la obesidad y la hipertensión arterial (Decety, Smith, Norman, & Halpern, 2014).

Un metaanálisis de 25 ensayos clínicos controlados encontró mayor mejoría de los pacientes con dolor, amigdalitis y otros problemas cuando los médicos actuaron empáticamente (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, & Kleijnen, 2001). Lo mismo se demostró en infecciones

respiratorias altas (Rakel, Hoeft, & Barrett, 2009). Y en el control metabólico de pacientes diabéticos (Hojat, Louis, Markham, & Wender, 2011).

Aunque el método clínico centrado en el paciente (MCCP) incluye otros elementos y no solo la ecuanimidad compasiva, centrarse en el paciente aumenta la satisfacción de los pacientes y médicos; además reduce las consultas subsecuentes por el mismo problema y disminuye los costos de atención de la salud (Freeman, 2016; Stewart et al., 2000).

La perspectiva histórico cultural del desarrollo y aprendizaje

Una vez discutido el concepto de ecuanimidad compasiva que se intenta enseñar, surge la pregunta: ¿Es posible influir en el desarrollo de una configuración subjetiva que se considera emergente y autopoietica? Para contestar estas preguntas es necesario recurrir a un marco conceptual sobre el desarrollo y el aprendizaje que sea compatible con la complejidad de este constructo y que permita abordarlo como objeto de enseñanza-aprendizaje. Tal marco parece ser la teoría histórico cultural del desarrollo y el aprendizaje.

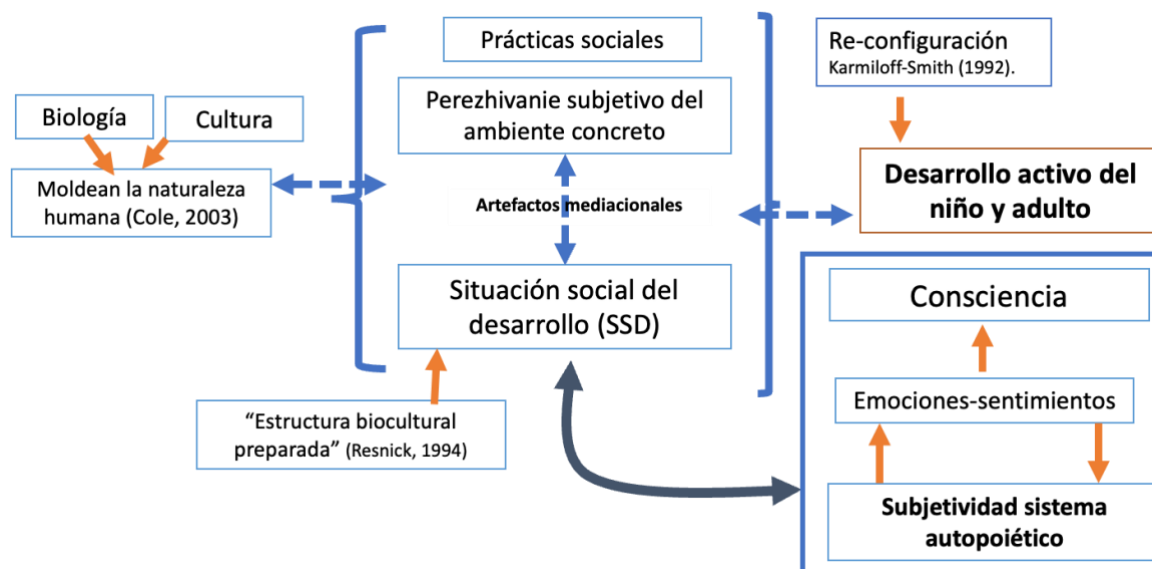
En esta sección se discuten, explican y relacionan las aportaciones de la teoría histórico cultural vygotsiana y diversos autores que han seguido esta corriente, como Cole (2003), González Rey (2013), Veresov (2017) y se complementan con los conceptos de otros autores que, desde una perspectiva constructivista elaboran aportaciones importantes para la comprensión de los procesos de aprendizaje y desarrollo. La idea básica es que los factores biológicos, culturales y sociales están entrelazados desde el nacimiento, se desarrollan simultáneamente y se entrelazan progresivamente (Cole, 2017); las interacciones sociales (participación en la práctica social) son fundamentales para la creación de significado, cognición y aprendizaje lo cual depende de las transiciones entre los planos inter e intrapsicológicos de los actores, de los niveles de

intersubjetividad que construyen y de la subjetividad -perezhivanie- a partir de la cual perciben (refractan), participan e interactúan en la situación social de desarrollo.

Un ejemplo de los procesos histórico-culturales en el aprendizaje podrían ser las reacciones al divorcio de los padres por los hijos de diferentes edades; mientras que un muchacho de 15 años puede reaccionar con rabia y conducta conflictiva, otro chico de 8 años se torna inexpresivo, confundido y un niño de 5 años retrocede a etapas previas en su desarrollo. Las diferencias se atribuyen a que las situaciones sociales del desarrollo de los tres hermanos son muy diferentes, sus perezhivaniyes refractan de formas diferentes el hecho del divorcio de sus padres y configuran las diferentes conductas ante esta situación. En palabras de Vygotsky (1994, como se citó en Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017, p.56), “el entorno ejerce esta influencia... a través de la perezhivanie del niño, es decir, dependiendo de cómo el niño ha logrado desarrollar su actitud interior hacia los diversos aspectos de las diferentes situaciones que ocurren en el entorno”.

La situación social del desarrollo contiene entre sus elementos las estructuras biológicas que se desarrollan y predominan en los primeros 6-7 años de vida, pero que persisten en la edad adulta siempre enlazadas con artefactos culturales específicos (Resnick, 1994; citada por (Cole, 2017). Ver figura 2.

Figura 2. Factores bio-culturales, sociales y psicológicos que configuran el desarrollo de niños y adultos



Nota. Modelo general que relaciona los factores biológicos y culturales que moldean al individuo según la psicología cultural de Cole (2003), así como su interacción con las unidades de *perezhivanie* y situación social del desarrollo mediadas por artefactos culturales (Cole, 2003). A su vez, estas unidades se encuentran en medio de prácticas sociales y de la potencialidad que proviene de su estructura biocultural preparada (Resnick, 1994). En el extremo derecho se ve como el desarrollo humano depende de sus capacidades de reconfigurar el conocimiento acumulado. En el fondo está la subjetividad autopoietica que comunica solo una pequeña parte de sus procesos a la consciencia ya sea en forma de emociones, sentimientos o frases (Chomsky, 2017; González-Rey, 2013).

A continuación, se definen y explican los principales conceptos involucrados en las enunciaciones previas: Subjetividad, emociones y sentimientos, significado, *perezhivanie*, contexto, construcción social de la realidad, situación social del desarrollo, re-estructuración, estructura biocultural preparada y aprendizaje.

Subjetividad

La subjetividad es la unidad de procesos simbólicos y emocionales que generan sentido subjetivo (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017). No es que símbolos y emociones sean causa uno del otro, sino que la emergencia de uno marca la emergencia del otro sin una dirección u orden determinado y siempre en el contexto de una experiencia o práctica social concreta, asociada

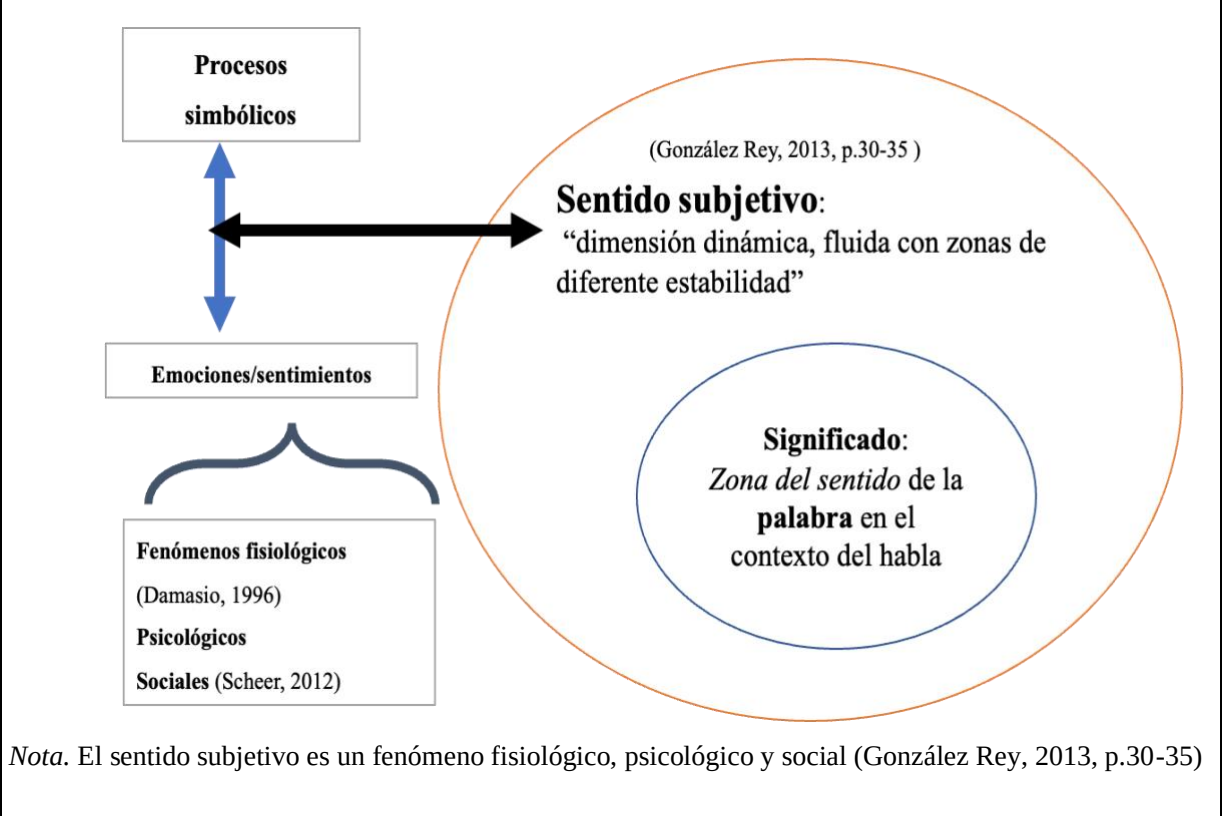
a la organización psicológica actual de la persona. De esta manera se genera el sentido subjetivo “una compleja dimensión dinámica, fluida, con zonas de diferente estabilidad” (González-Rey, 2013, p. 30). (Ver Figura 3). Una zona estable del sentido subjetivo es el significado que puede compartirse por medio del lenguaje (González-Rey, 2013). Los símbolos son redes de realidades con significados, algunos ejemplos, son los mitos, las religiones, la moral, el género, la raza, las instituciones sociales (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017).

Las emociones y sentimientos son realidades en el nivel somático, psicológico y social. En el nivel somático, son registros corporales-psíquicos (González-Rey, 2013), formas de conocimiento automático, tácito, conectados con experiencias filogenéticas y ontogénicas del individuo (Damasio, 1994). A nivel psicológico, los sentimientos, que a diferencia de las emociones pueden ser denominados a nivel consciente, representan la integración de afecto e intelecto en la concepción de Vadeboncoeur y Collie (2013), citado por Fleer, González-Rey, & Veresov (2017). Damasio concuerda con la idea de sentimientos cuando afirma que los niños son capaces de autorregularse cuando toman consciencia de sus emociones como estados particulares de sentimientos (Damasio, 2003).

Ya Vygotsky había afirmado que existía la unidad de lo cognitivo y lo emocional (González-Rey, 2013). Además del nivel biológico y psicológico, las emociones y sentimientos son actos sociales inmersos en las prácticas sociales de comunicación. Es decir, las emociones y sentimientos son usados como actos de comunicación (Scheer, 2012).

A partir de esta compleja descripción, se entiende que la única subjetividad que está a nuestro alcance directo es la propia, de la cual hay una gran proporción que no aparece en nuestra conciencia. Lo anterior implica que se debe tener extremo cuidado con los datos de este estudio pues la subjetividad del investigador está involucrada en su interpretación y, por otra parte, los datos no son un reflejo fiel de la subjetividad de los participantes, sino una pequeña porción de su sentido subjetivo y sus significados expresados en palabras.

Figura 3. La subjetividad y su relación con la interacción de procesos simbólicos y emociones



¿Qué es el significado, esa zona estable del sentido subjetivo? En su acepción simple es el significado literal, el sentido estándar o convencional de una expresión lingüística tal como se delimita en los diccionarios. Pero existe un significado intencional que una persona intenta comunicar y que puede diferir radicalmente del significado literal. Hay una multitud de teorías que

discuten si la base del significado se sitúa en el pensamiento, el discurso individual o las prácticas sociales (Anónimo, 2004). El significado, según la tradición del interaccionismo simbólico, surge de la interacción humana de forma emergente y se hace más patente cuando las acciones de las personas se vuelven problemáticas (discordantes). Y como dice Charmaz (2014) los significados son interpretaciones a través del lenguaje y la comunicación. En una interpretación personal, la complejidad de los significados expresados en palabras y a través de la comunicación son altamente dependientes del contexto y sujetos siempre a la interpretación del otro.

Perezhivanie

Este es un concepto de la mayor relevancia en la psicología histórico cultural que es comprendido tanto como proceso empírico y como herramienta teórica. Descrito en forma sencilla, perezhivanie es un estado indivisible que reúne al ambiente social que está siendo experimentado por un sujeto y las propias representaciones del sujeto acerca de sí mismo y todas sus características individuales (su etapa de desarrollo, experiencias previas, etcétera) (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017).

Una cuestión crucial que se desprende del concepto perezhivanie es que el sujeto (así sea un niño pequeño) no es un ser pasivo que absorbe o internaliza mecánicamente su ambiente social y cultural, sino que interacciona con él, lo interpreta, adquiere algún grado de comprensión de éste, lo recrea y rediseña de acuerdo con sus recursos (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017). Dichos autores usan la metáfora de perezhivanie como un prisma, una forma de lente físico, que, así como refracta la luz blanca y hace visible su espectro de colores como el arcoíris, así el perezhivanie personal “refracta” el ambiente de forma única. En palabras de Vygotsky citado por Veresov la refracción es:

Un principio, que muestra las relaciones dialécticas de lo social y lo individual en el proceso de desarrollo. Lo social se convierte en individual, pero la dialéctica de este devenir es que sólo aquellos componentes del entorno social que son refractados por la perezhivanie del individuo alcanzan un significado evolutivo (Vygotsky 1998, p. 294, citado en Veresov, 2017, p. 57).

En este proyecto se ve la perezhivanie como un “prisma vivo” cuyos bordes y superficies son capaces de modular su permeabilidad al paso de la luz y que cambian con la experiencia y el propio desarrollo del individuo.

Veresov (2017) plantea que el concepto perezhivanie como proceso y contenido abarca lo que experimentamos en un ambiente y como lo experimentamos. Es un tipo de proceso psicológico que incluye o se relaciona con 11 áreas: 1. Experiencia emocional 2. Interpretación 3. Imaginación 4. Creatividad 5. Percepción 6. “Vivencia” 7. Toma de significado 8. Apropriación 9. Internalización 10. Comprensión 11. Cognición (Veresov, 2017, pp. 49-50).

Se subraya vivencia para precisar que esta es solo una parte del concepto perezhivanie, pero que no explica el todo complejo (Mok, 2017). Es oportuno señalar que la configuración subjetiva de ecuanimidad compasiva se ubicaría en el terreno de la experiencia emocional, la percepción, la interpretación, la comprensión y elaboración cognitiva del médico frente a su paciente, su meta-consciencia de lo que experimenta y como lo experimenta, así como de sus respuestas en el contexto. Conviene tener presente la cita de Vygotsky que hace Fleer et al., (2017):

Perezhivanie es una herramienta (concepto teórico) para analizar la influencia del entorno sociocultural, no en el individuo *per se*, sino en el proceso de desarrollo del individuo, que es visto como el "camino a lo largo del cual lo social se convierte en individual". (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017, p. 10)

“... Perezhivanie representa lo personal y lo situacional, es una relación interna hacia la realidad externa... es la unidad de lo exterior con el interior de la persona”. (Veresov, 2017, pp. 63-64).

Contexto

El autor de esta tesis parte de su idea previa de contexto como un entorno bio-psico-social con una evolución histórica, pero descubre la idea de Cole (2017) que el contexto además de envolver los actos humanos también los enlaza en una especie de multitud de cuerdas que se entretejen en un “*médium*”, que Cole denomina cultura, que si bien limita las acciones posibles también las facilita en cierta medida. Y, “dado que cada situación es idiosincrática en su mezcla de recursos/restricciones...no existe una determinación estricta de los resultados de la acción en un contexto” (Cole, 2017, p. 135).

Situación social del desarrollo y estructura biocultural

La situación social del desarrollo (SSD) es un destacado concepto de Vygotsky que ayuda a explicar el desarrollo de los niños, pero que aplica a todas las edades. Sucintamente se definiría como “el momento inicial para todos los cambios dinámicos del desarrollo” (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017, p. 10). Se concibe como la unidad del niño con su realidad social y su interacción activa con ella según la percibe a través de su perezhivanie.

La unidad del niño con su ambiente y su perezhivanie une lo individual y lo social, lo objetivo y lo subjetivo; “si las partes se estudian individualmente las propiedades del todo se

pierden” (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017, p. 11). En esta concepción, el ambiente social es una fuente de desarrollo, no algo que simplemente será internalizado por los individuos.

La SSD es el momento inicial a partir del cual ocurren los cambios dinámicos del desarrollo en determinado período... en la trayectoria de vida del niño... lo determinante del ambiente social no es el ambiente en sí, sino la relación entre el niño y el ambiente conectado con su SSD. (Veresov, 2017, p. 53).

El programa educativo que este proyecto pone a prueba representa una potencial fuente de desarrollo y por tanto, será su refracción, en un contexto específico y según el estadio social del desarrollo de los participantes, lo que determinaría sus diferentes aprendizajes.

Ahora bien, además de los elementos culturales-históricos representados en la unidad de la perezhivanie y la situación social del desarrollo, es necesario reconocer los elementos biológicos presentes desde el nacimiento, que forman la “estructura preparada”. Para los médicos resulta claro que dichas estructuras son diferentes en un niño con síndrome de Down, de las de un niño con cromosomas normales. También, es lógico asumir que las estructuras preparadas normales al nacimiento se alteran permanentemente cuando se sufren secuelas por meningoencefalitis en la infancia (por poner un ejemplo de daño del sistema nervioso central). Otras diferencias en las estructuras preparadas sería la desnutrición *in útero* y durante los primeros 6-7 años, cruciales del desarrollo y probablemente también el maltrato infantil sin aparente daño estructural macroscópico (Damasio, 1996).

Para Resnick (1994), (citada por Cole, 2017), “las raíces biológicas del desarrollo predominan en los primeros años de vida sobre las socioculturales, pero es muy posible que los esquemas de base biológica no desaparezcan en la edad adulta” (p.194). La existencia de estructuras biológicas preparadas es más que un supuesto teórico; la investigación en niños de

menos de 4 meses ha demostrado la existencia de “principios esqueléticos” de estructuras cognitivas innatas en dominios como: “propiedades físicas básicas de los objetos, la intencionalidad, la aritmética, la distinción entre animado-inanimado y la causalidad física” (Cole, 2017, p. 186).

A partir de lo dicho en los párrafos previos, el proceso educativo que este proyecto realizó da por sentado que la historia de vida de cada residente en el estudio debió jugar algún papel. La misma idea se encuentra también en los conceptos de socialización primaria y secundaria de Berger y Luckmann (2003) y su teoría de la construcción social de la realidad.

Construcción social de la realidad

Para explicar el concepto de construcción social de la realidad es necesario abordar primero la teoría del conocimiento denominada construccionismo social creada por los sociólogos Berger y Luckmann (Berger & Luckmann, 2003). Los autores usan el término “construccionismo”, pero, se puede decir que se trata de una teoría epistémica constructivista aplicada al nivel social. El construccionismo social parte de la siguiente idea:

El sentido común encierra numerosas interpretaciones cuasi-científicas sobre la realidad cotidiana a la que da por establecida...se expresa en el contacto cara a cara con el ‘otro’ ...compartimos vívidamente experiencias, sonrisas, ceños fruncidos y demás signos que ambos interpretamos mutuamente. (Berger & Luckmann, 2003, p. 36).

¿Cómo ocurriría la construcción social de la realidad a partir del contacto cara a cara en la realidad cotidiana? Tenemos que empezar por definir, aunque someramente “la realidad social” como el reconocimiento de la existencia de fenómenos externos al individuo independientes de su voluntad y que están ahí antes de que el individuo nace.

Aquí, es necesario aceptar que la realidad externa al individuo será percibida de manera individual y contextual, por tanto, habrá tantas interpretaciones o realidades como individuos. En este punto hay una coincidencia con la idea de la unidad de perezhivanie y la situación social del desarrollo de la teoría histórico cultural (Fleer, González-Rey, & Veresov, 2017).

Sin embargo, si cada ser humano percibe diferentes realidades externas ¿cómo podría ser posible construir y mantener sociedades complejas? ¿Cómo logramos la convivencia social si tenemos ideas tan diversas de la realidad? La respuesta del construccionismo social es a través de un proceso de socialización que inicia al nacer y permanece toda la vida del individuo.

Comprender que es la socialización se facilita cuando se concibe a la sociedad como una realidad tanto objetiva (externa y tangible) como subjetiva (interior en cada individuo). La primera expresada en diversas instituciones estructurales, históricas, guiadas por el entendimiento humano más que por instintos biológicos. La sociedad es una creación humana y el humano su producto, algo que difiere por completo del orden natural para el resto de las especies.

En la clave de esto, parece estar la transmisión del mundo social a las nuevas generaciones. Aquí habría que conciliar a Berger y Luckmann con la psicología cultural de Cole y la teoría histórico cultural vygotsiana. Para los primeros, la clave entre las generaciones humanas es la internalización que hace el niño de los aspectos sociales seleccionados para él (ella) a partir de su posición en la estructura social e idiosincrasias individuales de sus familias, “un mundo social filtrado para el niño” (Berger & Luckmann, 2003, p. 164).

Para el construccionismo social el niño acepta las actitudes y roles de sus significantes más cercanos, los internaliza y se apropia de ellos. Pero si el niño internalizara pasivamente y sin filtrar nada de la realidad que percibe no se explicarían las diferencias en el desarrollo en el curso

de vida de diferentes niños en una misma familia que podrían desarrollar ánimos diversos, alegre, conforme, rebelde, resignado, o resentido. La unidad de perezhivanie y situación social del desarrollo podría complementar lo descrito por Berger y Luckman dado que de acuerdo con Fleer, González-Rey, & Veresov (2017) los conceptos de emociones, perezhivanie y subjetividad:

Derivaron en una comprensión de la psique humana, no como resultado de operaciones internalizadas, sino como un sistema generativo inseparable del individuo. Estos conceptos, dentro de esta teorización histórico-cultural, fueron introducidos por primera vez por Vygotsky. Las emociones, la perezhivanie y la subjetividad cuando se conceptualizan de esta manera, generan recursos psicológicos alternativos dentro de una experiencia concreta. (p. 2)

Sin negar los procesos de internalización que se suceden en la vida humana, estos autores se desmarcan del determinismo social, que estaría implicado en una conceptualización sesgada de la internalización como una transferencia simple de lo interpsicológico a lo intrapsicológico en los contextos experienciales. La experiencia implica procesos de socialización que “nunca es total y nunca termina” (Berger & Luckmann, 2003, p. 172).

De aquí resulta necesario explicar los conceptos de socialización primaria y secundaria. La socialización primaria ocurre en la infancia desde que el niño nace y el mundo social de sus significantes más directos (su familia) filtra aspectos seleccionados del mundo para el niño. Este proceso se caracteriza por “una enorme carga emocional durante la socialización primaria” (Berger & Luckmann, 2003, p. 166). La socialización secundaria, ocurre en la edad adulta y requiere de la adquisición de vocabularios específicos, de roles, interpretaciones rutinarias, comprensiones tácitas, aunque también contiene afectos. Es importante destacar que durante la

edad adulta las representaciones primarias tienden a persistir y representar problemas de coherencia con las nuevas representaciones. (Berger & Luckmann, 2003).

¿Cómo se aplica la idea de la construcción social de la realidad en este proyecto?

Lo primero es que la explicación de la relación cara a cara coincide con la experiencia en medicina de que no hay dos personas idénticas por mucho que alguna se parezca a alguien que conocemos consciente o inconscientemente. Para Berger y Luckmann (2003) el encuentro de persona a persona es la mejor manera de acceder a la subjetividad mutua. Se coincide con esto cuando se destaca a la relación médico-paciente como el campo que se intenta modificar con la educación afectiva.

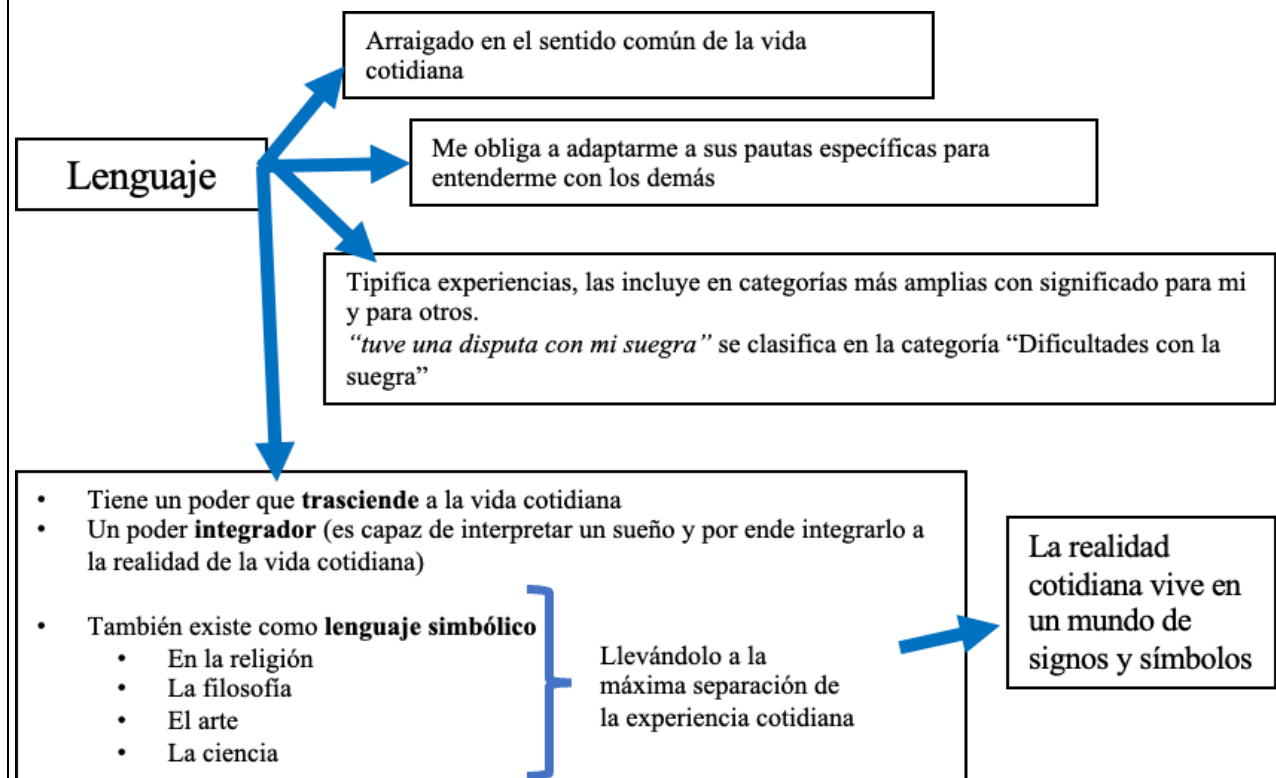
El diálogo que se da en los encuentros de las personas sincroniza y da acceso recíproco a las subjetividades de los dialogantes; es claro que el lenguaje ahí es fundamental. El construccionismo social tiene aplicación en el proyecto de enseñanza de la ecuanimidad compasiva dado que en la realidad cotidiana de la relación médico-paciente, los participantes crean esquemas recíprocos de tipificación del otro que hacen posible el trato mutuo a través del lenguaje: “Mi lenguaje hace ‘más real’ mi subjetividad para el otro y también para mí” (Berger & Luckmann, 2003, p. 54).

Como se ve en la figura 4, Berger y Luckmann confieren al lenguaje arraigo en la vida cotidiana, pues nos obliga a seguir reglas para comunicarnos, tipifica experiencias, tiene poder trascendente y poder simbólico en las instituciones humanas. Sin embargo, el lenguaje solo puede expresar una porción del sentido subjetivo. Vygotsky de acuerdo con González-Rey (2013), consideraba que el significado expresado en palabras es solo una “zona” del sentido subjetivo que se produce en la compleja interacción de emociones y procesos simbólicos (González-Rey, 2013).

En el mismo sentido, se sabe que la gran mayoría del lenguaje permanece sin expresarse, “La inmensa mayoría del uso del lenguaje no se exterioriza. Ocurre en una especie de diálogo interno. Lo poco investigado son algunas observaciones de Lev Vygotsky”. (Chomsky, 2017, p. 38).

Si bien, es innegable el papel del lenguaje en la socialización primaria y todavía más en el aprendizaje de nuevos conceptos (como el caso de la “ecuanimidad compasiva”) durante la socialización secundaria, el papel del lenguaje humano podría ir más allá de ser un medio de comunicación y ser un elemento indispensable para los procesos del pensamiento. “El uso

Figura 4. El arraigo del lenguaje en la vida cotidiana de acuerdo con Berger y Luckmann



Nota. Es necesario recordar que lo que se expresa en el lenguaje, sin embargo, es solo una parte muy pequeña del sentido subjetivo.

particular del lenguaje en la comunicación es periférico, no central como se supone hoy”.

(Chomsky, 2017, p. 40).

En este punto, es pertinente señalar que, si bien los procesos de socialización primaria y secundaria son ideas sólidamente establecidas en la construcción de la realidad, el papel del lenguaje no es tan definitivo. Se acepta ampliamente a Humboldt cuando se dice que el lenguaje “hace cosas infinitas con medios finitos” (Chomsky & Moro, 2022, p. 63), pero se deja de lado que no sabemos porque decimos una u otra cosa en nuestras conversaciones y la forma en que lo decimos:

¿Por qué decidimos decir esto y no otra cosa? ¿Por qué en nuestras interacciones normales comunicamos a otros nuestros procesos mentales internos en una forma particular? Nadie entiende eso. O sea que, el uso infinito del lenguaje sigue siendo un misterio, como ha sido desde siempre. Se cita frecuentemente el aforismo de Humboldt, pero no siempre se reconoce la profundidad del problema que expresa. (Chomsky & Moro, 2022, p. 63).

De ser así, la subjetividad de la relación médico paciente y la enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva no pueden sustentarse tan solo en el lenguaje-palabra, sino también en las emociones, sentimientos y significados subjetivos expresados sin palabras.

Este proyecto también se auxilia del concepto “intensificadores afectivos del proceso de socialización” de Berger y Luckmann (Berger & Luckmann, 2003). Tales intensificadores afectivos en el método puesto a prueba para enseñar ecuanimidad compasiva, están contenidos en el caso clínico de “Edgar” donde el médico que lo trata expone en primera persona sus pensamientos y sentimientos conscientes que tuvo durante dos años en el curso del tratamiento del caso. También, los cortos de cine contienen alto contenido afectivo en papel de los personajes que ahí se desenvuelven. Por último, en los grupos tipo Balint se promueve la expresión irrestricta de emociones y sentimientos. En suma, el método educativo contiene de manera intencional

intensificadores afectivos y momentos para reflexionar que pueden conectar con puntos específicos en la historia de la socialización primaria o secundaria de los participantes.

Los procesos de construcción de la realidad social son esenciales para la interpretación de los datos subjetivos y objetivos que se generan en una investigación de este tipo. La ecuanimidad compasiva no podrá funcionar si médico y paciente no co-construyen una interpretación coherente de los estados emocionales en juego, de su *Lebenswelt*: el mundo en que vivimos el día a día; sin lo cual es improbable que una respuesta compasiva del médico sea adecuada y bien recibida por el paciente.

Una limitación de la comprensión posible de los datos co-generados en este estudio deriva de la paradoja de que el lenguaje aun con su capacidad infinita de alternar las palabras dentro de la estructura sintáctica, no es capaz de resolver el antiguo problema de la ciudad de Pietramala descrito por Dante Alighieri (citado por Chomsky y Moro, 2022), acerca de que no hubo razonamiento verbal alguno capaz de cambiar el intenso amor que le tenían sus habitantes a su lengua local; la consideraban la lengua superior a toda otra posible. Ninguna lengua alternativa era posible. Al relatar esta historia Chomsky y Moro (2022) consideran que el hecho de que los medios racionales de la palabra no sean capaces de convencer a alguien de dejar de amar (u odiar) algo o alguien, es un problema que la lingüística sigue sin resolver.

Diálogo cultural diatópico y la enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

La subcultura médica tiene sus *topoi*- lugares comunes autoevidentes en su espacio cultural, como lo tienen todas las culturas; en este caso, un *topos* es la actitud de distanciamiento afectivo del médico frente a su paciente “objeto a diagnosticar”, otro es la idea de que a todo

síntoma del cuerpo correspondería una enfermedad o trastorno y un tercero, es que la experiencia de vivir con la enfermedad es un tema secundario en la relación médico-paciente.

Como señala Sousa-Santos (2018) la incompletitud de esos *topoi* no puede ser llenada desde la misma subcultura; se requiere de un diálogo con un pie en cada una de las culturas (o subculturas) es decir un “diálogo diatópico”, uno que ponga en contacto horizontes, tradiciones, posiciones culturales distintas, con la finalidad de llegar a un entendimiento que pase a través de posiciones diferentes (Sousa-Santos 2018).

La enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva tendría así una dinámica compleja al confrontar la subcultura médica formal y dominante en la que ha sido formado el residente de medicina familiar, con otros *topoi* que le brindan la oportunidad de explorar los significados profundos de sus pacientes.

El proceso educativo de la ecuanimidad compasiva que se propone en esta tesis abreva de la idea de *passionalité* de Gramsci (como citó Sousa-Santos 2018), la unidad de argumentos y sentimientos promovidos por la motivación a participar activa y conscientemente en un proceso de traducción intercultural, un proceso que socava las ideas con las que se inicia el diálogo (Sousa-Santos 2018). Se asume la idea de Castro-Viveros (como citó Sousa-Santos 2018) acerca de que cuando se traduce interculturalmente se asume que existe siempre un equívoco por lo que no debemos dar por sentada la similitud entre lo que decimos nosotros y el otro (Sousa-Santos 2018). Es clave la idea de Todorov (como citó Sousa-Santos 2018) de que “nadie tiene la última palabra”, la autoridad es compartida, el diálogo intercultural es ético-hermenéutico, busca comprender y apreciar las historias de vida y orígenes culturales de los demás, incluyendo sus sufrimientos y

aspiraciones; de esa manera se construyen alianzas (Sousa-Santos 2018); lo mismo puede ocurrir en la relación médico-paciente.

El aprendizaje en comunidades de práctica

Lave y Wenger (2011), afirman que el aprendizaje y la práctica social están profundamente entrelazados:

En nuestro enfoque, el aprendizaje no está simplemente situado en la práctica, como si se tratara de algún proceso realizable independientemente y que se localiza en algún lado; el aprendizaje es parte integral de la práctica social generativa en el mundo en que se vive. (p.4).

De manera que, para que haya aprendizaje es indispensable que exista participación social y esta tendría lugar en las “comunidades de práctica”. Las comunidades de práctica son las formas más simples de los sistemas sociales, una especie de microsistema social que en conjunto con una multitud de otros microsistemas conforman un sistema macrosocial: “Una comunidad de práctica es un juego de relaciones entre personas, actividad, mundo, en un tiempo y en relación con otras comunidades de práctica tangenciales y superpuestas” (p.35).

En ese sentido la participación del individuo en comunidades construye los niveles sociales más amplios, al tiempo que estos construyen al individuo mismo (Wenger, 2022). Con esta visión, el aprendizaje deja de enfocarse en el individuo y se ubica en su participación en el mundo social. El aprendizaje deja de ser visto como internalización individual para considerarse una participación creciente en comunidades de práctica.

El aprendizaje por observación y acomedimiento, el paradigma LOPI

El acrónimo LOPI (*Learning by Observing and Pitching In to family and community endeavours*) traducido al español como Aprendizaje por medio de Observar y Acomedirse en las actividades de la familia y la comunidad (Rogoff & Mejía-Arauz, 2022), conceptúa al aprendizaje como un proceso “de transformación de la participación en las actividades culturales en curso” (Rogoff, Correa-Chávez, Angelillo, Paradise, & Mejía-Arauz, 2010, p. 104). LOPI en esencia describe formas educativas con fuerte raíz cultural que ocurren fuera de los espacios escolares formales y que suelen ser comunes en comunidades indígenas o de esa herencia en el Continente Americano. Describe una forma de aprendizaje asentado en la vida cotidiana y esencialmente de tipo colaborativo (Rogoff, 2012). Esta forma de aprender requiere una compleja organización comunitaria y esfuerzos de sujetos experimentados dirigidos a permitir y promover la integración de los aprendices a las actividades comunitarias. También se requiere disposición – agencia- de los aprendices. Se trata de una forma de participación guiada que se opone a la idea de instrucción dirigida unilateralmente. Es decir, el aprendizaje LOPI requiere atención y participación activa de aprendices y expertos (Rogoff, 2012). LOPI, está en consonancia con el Modelo de Comunidad de Aprendices” (Rogoff, Matusov, & White, 2000). Así visto, la enseñanza aprendizaje de la EC comprende procesos más cercanos al aprendizaje colaborativo intersubjetivo, coconstruido, que al aprendizaje adquirido de lecturas o conferencias. Discernir la aplicabilidad del paradigma LOPI en esta investigación no es sencillo, porque la propuesta educativa de este proyecto es mixta en el sentido de que ofrece contenidos concretos sobre la ciencia y filosofía que sustentan a la especialidad y su método clínico; lo que va en consonancia con la idea del aprendizaje como transmisión. Mientras que la parte con la exposición de casos clínicos reales y el cine elabora

aprendizajes a partir de los relatos de experiencias no vividas en el momento. No hay respuestas que deban darse, o que el profesor conozca de antemano, se elaboran en el proceso de la experiencia conjunta. La fase de los grupos tipo Balint es la que más se conecta con las facetas del paradigma LOPI debido a su alto contenido dialógico reflexivo.

Aprendizaje como re-configuración en la interacción social

En este apartado se intenta aterrizar las premisas psicológicas descritas para sintetizar una idea del aprendizaje para este trabajo. Se parte de que la mente -incluso la de los niños pequeños- no es una “pizarra en blanco” sino que desde el nacimiento cuenta con “principios esqueléticos” y luego se desarrolla en la actividad conjunta, se co-construye en la acción social y capta significados y medios del ambiente sociocultural “alterando la subjetividad de su vida mental” (Shweder citado por Cole, (2017, p. 102). En segundo lugar, de acuerdo con Karmiloff-Smith (1992, como se citó en Cole, 2017) el conocimiento se produce por la transformación iterativa de los módulos esqueléticos con que nacemos, en un proceso de “re-descripción”, mediante el cual, la mente saca partido de la información innata y adquirida que ya tiene acumulada. Desde una perspectiva psico cultural, Cole (2017) denomina este proceso como *re-mediation*, es decir, una nueva forma de mediación entre la persona y su ambiente. Estas ideas más los conceptos de aprendizaje como parte integral de la práctica social generativa de Lave y Wenger (2011) y la transformación de la participación en las actividades del grupo cultural de Rogoff (2010) conforman el concepto de aprendizaje como reconfiguración en la interacción social. Está implícito que el aprendizaje en la forma descrita se da a partir de las experiencias concretas y estadios sociales del desarrollo de cada participante. El proceso educativo constituye una forma de socialización secundaria y los casos clínicos centrados en la persona y los cortos de cine

funcionan como intensificadores afectivos. Los aprendizajes fueron identificados básicamente a partir de las expresiones verbales en los foros, las sesiones Balint y en las explicaciones verbales de los dibujos.

¿Cómo se propone que pudiera darse el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva?

En seguida se presenta, un esbozo gráfico de cómo los conceptos descritos en el apartado anterior se aplican en el diseño de la situación de enseñanza-aprendizaje y orientan la identificación de los aprendizajes logrados por los participantes. En el panel A de la figura 5 se representa a dos aprendices, cada uno ilustrado por un núcleo de sentido subjetivo (SS) con su relativamente pequeña zona de significado comunicable por el lenguaje. Todo este núcleo de sentido subjetivo está rodeado por una capa personalizada de perezhivanie de formas geométricas y grosores diferentes (su prisma refractor personal), a su vez integrado con pentágonos permeables que aquí representan la situación social de desarrollo (SSD).

Cada perezhivanie es una unidad con su respectivo SSD. Los dos aprendices interactúan fortaleciendo el aprendizaje mutuo. El gran círculo-esfera representa la situación de aprendizaje donde tienen un papel los diversos artefactos culturales (incluido el método de enseñanza puesto a prueba en este estudio), se hacen presentes sus prácticas clínicas cotidianas, existe una organización social del aprendizaje que incluye los intercambios dialógicos entre los participantes y se construyen re-configuraciones cognitivo-afectivas respecto de la relación médico paciente y la ecuanimidad compasiva.

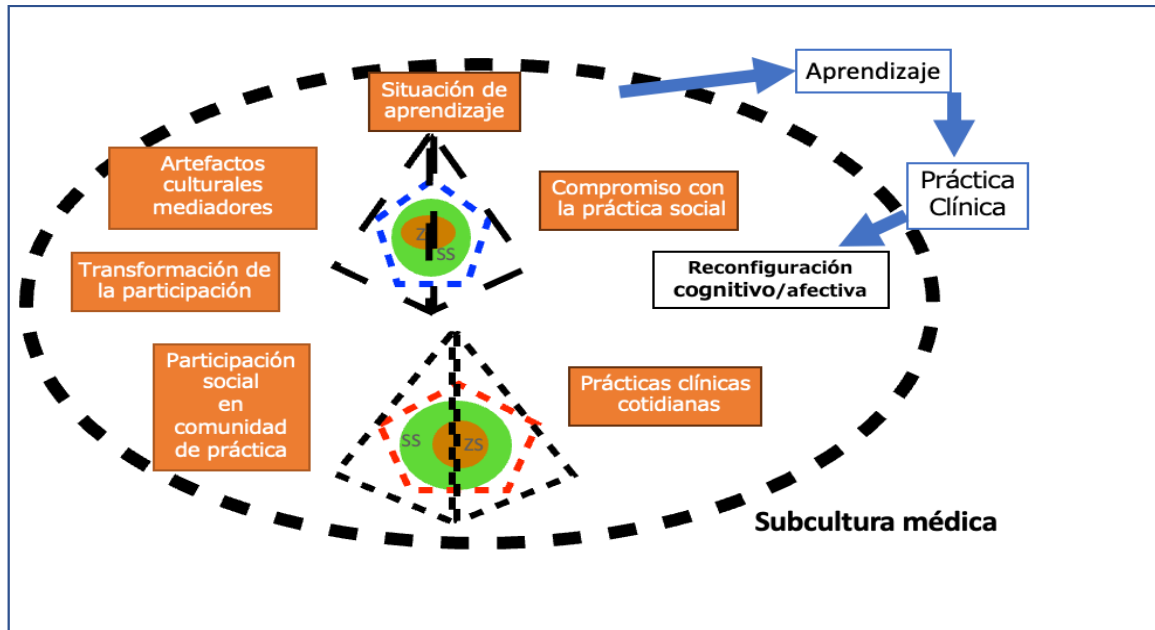
Todos estos elementos se caracterizan por su dinamismo; los aprendices y demás elementos interactúan a través del complejo situación social del desarrollo-perezhivanie-

ambiente, una emergencia continua de significados se sucede y algunos se comparten. Una parte del conocimiento acumulado se reconfigura.

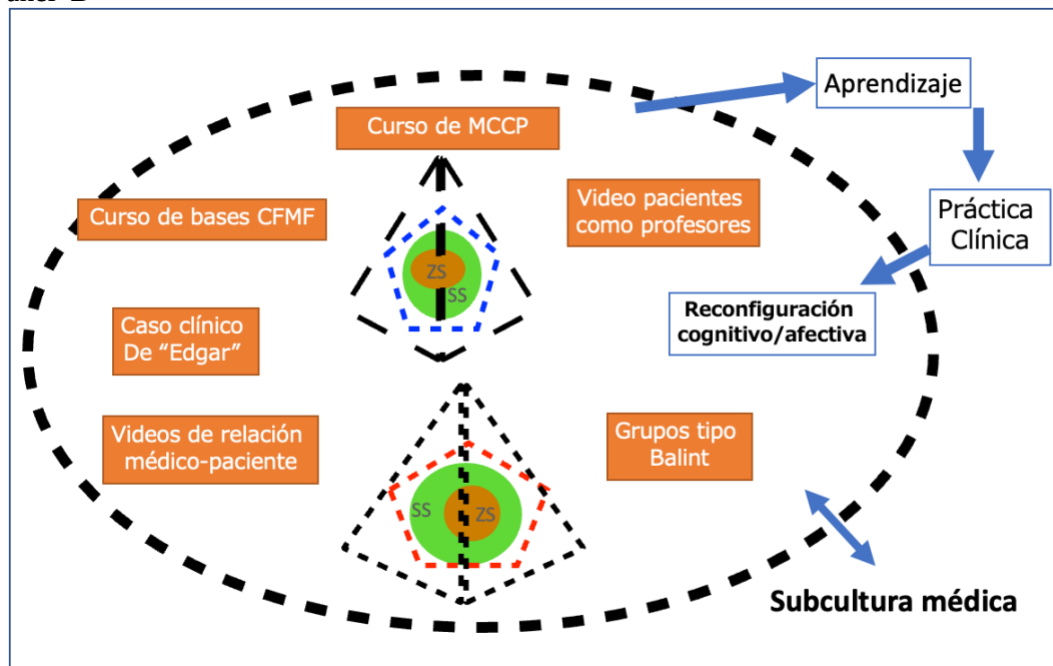
Siguiendo con la metáfora del prisma vivo que refracta la luz del *médium* externo, es posible imaginar que cada uno de los elementos de aprendizaje contenido en la esfera, son emisores de luz y que ésta es refractada a través de la unidad *perezhivanie*-situación social de desarrollo, hacia el núcleo donde se genera un sentido subjetivo de cada aprendiz que, a su vez, es refractado a sus compañeros aprendices, a través de la interacción dialógica. La esfera, sin embargo, tiene poros y momentos de intercambio con el *médium* externo de la subcultura médica y su aparato, el de los familiares cercanos y la sociedad amplia. En los polos de la esfera aparecen los aprendizajes que se ponen a prueba en la práctica clínica y estas experiencias se traen a la situación de aprendizaje para continuar el proceso de reconfiguración (Figura 5, Panel A). En el panel B de la misma figura 5 se ilustra como podrían interactuar los componentes del método de enseñanza aprendizaje de este proyecto.

Figura 5. Aprendizajes y aprendizajes de la ecuanimidad compasiva

Panel A



Panel B



Nota. El panel A muestra dos aprendizajes con su zona de sentido subjetivo en color verde, su zona de significado expresable en palabras en color café, un pentágono simboliza su estadio social del desarrollo y una pirámide representa su perezhivanie. Están rodeados por un *médium*, que a su vez es permeable a la subcultura médica. El panel B sitúa los 6 componentes del método educativo en el *médium*. Este panel se explica en el texto más adelante.

MCCP: Método clínico centrado en el paciente. CFMF: Curso bases filosóficas y científicas de la medicina familiar

La identificación de los avances en el aprendizaje de la EC se hizo a través de las expresiones de contenido reflexivo de los participantes que denotan procesos de re-configuración de ideas y prácticas relativas a su labor profesional cuando son orientadas a centrarse en la persona, pero sin descuidar la enfermedad. Así mismo, expresiones que denotan introspección en los propios sentimientos implicados en la relación médico-paciente, que se orientan hacia el alivio intencional del sufrimiento de los pacientes que atienden. Esto, al tiempo que se reconoce el avance en el autoconocimiento a través de las interacciones grupales.

Propuesta formativa en ecuanimidad compasiva

A continuación, se enumeran los componentes de la intervención educativa puesta a prueba cuya descripción detallada se presentará en el capítulo siguiente.

Los componentes del curso fueron:

1. Un curso teórico de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar académica.
2. Un curso teórico del método clínico centrado en el paciente.
3. Dos sesiones demostrativas de casos clínicos centrados en el paciente
4. Un video de una experiencia real de estudiantes de medicina que interaccionan con pacientes reales que relatan sus experiencias de relación médico-paciente.
5. Dos sesiones de videos contruidos con cortos de cine con tema centrado en la relación médico-paciente.
6. Sesiones en un grupo tipo Balint dirigidas a desarrollar capacidad de metacognición en el contexto de las relaciones médico-paciente que motivan intensas emociones y sentimientos en el clínico (Balint, 1969).

Otros enfoques de enseñanza de procesos emocionales en la relación médico paciente

Además del programa educativo puesto a prueba en este trabajo, el creciente deterioro de la relación médico-paciente ha sido enfocado con la enseñanza de cursos teóricos sobre ética, conferencias, lecturas y ejercicios de narrativa de pacientes, estudiantes y médicos; estrategias generales como la denominada inteligencia emocional, diversos programas con técnicas de mindfulness y el amplio paraguas denominado “profesionalismo médico” que incluye muchas de las técnicas y estrategias anteriores (Shapiro, 2011).

Es interesante saber que, a partir de 2010, la literatura biomédica ha registrado un incremento casi vertical de publicaciones que prueban métodos para elevar la empatía/compasión de estudiantes, residentes y médicos en ejercicio; antes de ese año se registraban menos de 10 estudios por año (publicados en inglés) y en 2018 el número anual se sostuvo por arriba de 48 al año (Patel et al, 2019). Es importante saber que la mayoría de los estudios realizados son intervenciones que adoptan el modelo de ensayo clínico comparativo, ponen a prueba intervenciones de uno o pocos días y se enfocan en objetivos concretos, por ejemplo: técnicas de comunicación específicas como mirar a los ojos, escuchar con atención, manejar situaciones difíciles, seguir pasos nemotécnicos (presentarse, preguntar, escuchar, documentar), cursos de entrevistas motivacionales, cursos de neurobiología de la emoción. Hay intervenciones de tan solo 2 horas un solo día y algunas pocas con sesiones Balint por 3 meses. Se documenta hasta un taller de 2 horas de “empatía interactiva” (Patel et al., 2019). Es claro que los programas que incluyeron más de una sesión y los que incluyeron pacientes reales coinciden en la mejoría empática/compasiva de los participantes en tales experiencias.

A continuación, se hace una descripción general de los enfoques educativos de las emociones en la relación médico-paciente que pueden considerarse de visión amplia.

Inteligencia emocional

La inteligencia emocional (IE), un concepto que prometió mucho a sus inicios es definida como la percepción de las emociones propias y de los demás, así como la comprensión de la naturaleza de ellas. Se busca ser capaz de gestionar las emociones (no ignorarlas ni abrumarse con ellas) y de integrarlas de manera que promuevan resultados positivos para el paciente y el clínico (Shapiro, 2011, p. 329). ¿En el campo médico es razonable restringir la educación emocional a un proceso cognitivo-conductual, dirigido a sentirse en control de la situación?

Cuestionar quién decide qué emociones se permiten dentro de un entorno sociocultural específico y cómo debe desempeñarse la identidad de médico, ayudaría a los estudiantes a tomar conciencia de que sentirse sin control es una propiedad inherente al participar en situaciones clínicas complejas... (Helmich, et al., 2018, p. 213).

McNaughton (2014) considera que el concepto de inteligencia emocional es conductista y está basado en la exposición repetida a una práctica y su retroalimentación; no queda claro si la inteligencia emocional es un rasgo, una habilidad, un proceso fisiológico, una competencia, o una teoría. McNaughton y Zubairi (2014) cuestionan "...construir la emoción como simple cognición no aporta a la comprensión acerca de cómo la emoción se compromete significativamente en la educación médica" (p.457).

Mindfulness

Un elemento atractivo es el denominado *mindfulness*, o meditación en búsqueda de la atención plena, una idea tomada del budismo. En la psicología occidental hay diversas definiciones

de mindfulness: “Poner atención al presente momento sin juicio previo... actitud de apertura y aceptación... autorregulación de la atención para mantenerla en la experiencia presente” (Weber, 2017, p.150). Pero para otro autor, el budismo describió mindfulness como capacidad para centrarse en objetos presentes y pasados, aunque siempre con atención sostenida sin importar si el objeto está o no presente. La idea original del budismo al parecer no coincide con la idea occidental de ausencia de juicio previo respecto del objeto (Dreyfus, 2011).

Una coincidencia con las corrientes promotoras de mindfulness y nuestro proyecto de enseñanza de la ecuanimidad compasiva es la atención o presencia plena unida a ecuanimidad que permite ver de manera balanceada lo que nos gusta y lo que no nos gusta y que facilita el cultivo de una compasión calmada (Weber, 2017). También hay coincidencia en que no es posible separar la compasión de la atención plena y que la ecuanimidad nos permite orientar la compasión hacia donde se necesita, no solamente hacia donde preferimos hacerlo por nuestros gustos-disgustos.

El sentido común dice que desarrollar la capacidad para concentrarse en el presente, en lo que se está haciendo, es una destreza valiosa en la práctica de la medicina. Las técnicas de mindfulness ayudan a lograr capacidad de concentración y atención plena y una atención sin distracciones en el problema del paciente es eficaz para lograr resultados terapéuticos (Dobie, 2007). De igual modo, hay coincidencia en que las técnicas de mindfulness podrían ser un buen recurso para fortalecer el llamado profesionalismo médico. Una acotación es que las versiones de mindfulness son un abanico amplio y se requiere unirlos al método clínico centrado en el paciente y los grupos tipo Balint.

Profesionalismo médico

En la última década del siglo XX, la academia médica del mundo angloparlante empezó a expresar gran preocupación por la creciente pérdida de profesionalismo en la práctica médica, que por esa época, no era un tema relevante en la academia latinoamericana. En 2017, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dedicó un libro completo al profesionalismo médico (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017).

El tema no es unívoco debido a que el profesionalismo médico es comprendido de manera contradictoria por diferentes autores en el mismo texto universitario. Fajardo-Dolci, por ejemplo, describe al profesionalismo médico como una competencia que se enseña de manera formal e informal (esencialmente objetiva y medible). Mientras Kershenobich, lo considera un principio tácito de la práctica profesional (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, pp. XI-XIII), que sería subjetivo e intersubjetivo y, por ende, ser más amplio que una competencia observable. Los propios editores y compiladores del libro consideran que el profesionalismo médico “se puede transmitir, pero que hay pocas propuestas acerca de cómo hacerlo” (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, p. 1) y dada su característica de transmisibilidad lo ubican en el campo de las competencias profesionales en medicina. Lo definen como:

Las destrezas, conductas, actitudes, conocimientos, habilidades que implican la competencia profesional...y las maneras de proceder, que, de acuerdo con normas culturales y socialmente preestablecidas, señalan que el desempeño profesional se realiza con honestidad, respeto, deseo de servicio, comprensión, prudencia, objetividad, actitud reflexiva, eficacia e integridad; es decir, apego a códigos de comportamiento profesional, altruismo y justicia. (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, pp. 2-3).

Así, bajo este amplio abanico, se determina que el egresado de la carrera médica debe ser competente en su técnica, competente en las relaciones culturales, sociales y con alto sentido ético; capaz de decidir con sabiduría, capacidad reflexiva y apegarse a códigos profesionales. A lo largo del texto, los autores visualizan algunas barreras para actuar con profesionalismo, como los avances tecnológicos, los valores comerciales de la industria médica, la deficiente autorregulación de la profesión y “cierto énfasis en la dimensión biomédica” (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, p. 3).

Los autores reconocen que en la relación médico-paciente se da la emergencia de intensas emociones “incluso negativas, que deberían ser abordadas con sinceridad” (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, p. 7); pero el consejo no se acompaña de herramientas acordes al reto, tan solo describen medios que se han desarrollado para transmitir profesionalismo médico:

Aprender ética en el currículo explícito, hacer lecturas y discusiones en pequeños grupos sobre casos con dilemas éticos, hacer y leer ensayos de narrativa de los estudiantes, los médicos y pacientes... responder con empatía por etapas y con ciertas frases y buscar el autocontrol de las emociones intensas (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, pp. 8-10).

Otro autor, en el mismo libro, cuestiona el concepto dominante de profesionalismo médico: “Es más que la aplicación de un código ético, exige cultivar una reflexión personal

constante sobre el entorno, las reacciones emocionales y los prejuicios, costumbres y creencias” (Hernández-Torres, 2017, p. 81). El autor propone explorar el mundo subjetivo del paciente en el encuentro clínico. Hasta aquí hay coincidencia con este proyecto; pero luego se propone un pensamiento dual del clínico para abordar el diagnóstico biomédico por un lado y el lado subjetivo del padecer de la persona por el otro. Algo que se hace de manera integrada en el primer componente del método clínico centrado en el paciente. También hay coincidencia en el objetivo de: “[...] buscar el aprendizaje intencional de los atributos de la personalidad del estudiante” (Hernández-Torres, 2017, p. 88), que equivale, en esta tesis, a proponer medios para desarrollar el autoconocimiento de los participantes. En otra sección de este libro, intitulada “La restricción emocional del médico en la práctica profesional” (Heinze, Guizar, & Carmona, 2017), se reconoce la contradicción de tratar de enseñar profesionalismo médico al mismo tiempo que se enseña en la práctica que el estudiante no debe involucrarse emocionalmente con sus paciente y, paradójicamente, con la conciencia de que “el estudiante habrá de enfrentar emociones intensas y sufrimiento ineludible... y debe ayudar a sus pacientes y al mismo tiempo protegerse del sufrimiento” (Heinze, Guizar, & Carmona, 2017, p. 148).

Queda implícito que “al protegerse del sufrimiento” debe asumir una subjetividad especial si al mismo tiempo quiere actuar empáticamente para comprender y resonar afectivamente con su paciente. Pero no se deja claro cómo se resuelve esta compleja contradicción.

La propuesta educativa final se resume en enseñar: Teoría ética, casos clínicos hipotéticos (sin especificar el enfoque específico), consultas con pacientes simulados, ir a la práctica clínica real y discutir con el profesor de clínica los casos donde se han vivido fuertes emociones. Sin embargo, la realidad es que el estudiante frecuentemente ve anti-modelos, ejemplos contrarios a

lo establecido como profesionalismo y actitud compasiva (Shapiro, Rucker, & Robitshek, 2006; Shapiro, 2011; González-Aguilar & Rubio-Pachamango, 2020).

Las limitaciones que se pueden observar en el enfoque de transmitir profesionalismo médico son globalmente las siguientes: 1. No se enseña dentro de un método clínico renovado que integra el diagnóstico diferencial biomédico con sentimientos, ideas, expectativas, creencias, metáforas del paciente acerca de su padecer; un método que permite profundizar en la historia de vida del paciente, su contexto actual (familiar y comunitario), una forma de llegar a acuerdos en común sobre los problemas a tratar y el papel de cada quién en las tareas por venir. 2. No se enseñan al estudiante procesos reflexivos centrados en el desarrollo de autoconocimiento y metacognición a partir de los casos clínicos reales que le generan sentimientos intensos, como se hace en los grupos Balint. 3. No se propone enseñar un complejo subjetivo que permita desarrollar ecuanimidad unida a compasión adecuada a cada caso. Tampoco se contemplan momentos curriculares precisos para la educación afectiva, sino que se deja a la eventualidad de la dinámica del trabajo diario.

Una importante cuestión con la idea y práctica de la enseñanza del profesionalismo médico es que se le exige al médico en formación, que tome decisiones éticas con base en principios generales tales como, beneficencia, autonomía, justicia, no maleficencia; y, además, hacerlo... “con comprensión, prudencia, objetividad, actitud reflexiva, eficacia e integridad y con apego a códigos de conducta profesional, altruismo y justicia” (Hamui-Sutton & Ruíz-Pérez, 2017, pp. 2-3). Seguir los clásicos principios éticos no parece suficiente en la realidad clínica:

Nuestro obrar cotidiano enseña que, en general, nos enfrentamos a tantas expectativas, obligaciones y deseos tan diferentes que no es la aplicación coherente de un principio moral, sino la conflictiva integración de diversos puntos de vista morales, lo que constituye la regla. (Honneth, 1998, p.18).

Según Honnet (1998), estamos obligados a diferentes actitudes o realizaciones según el tipo de relación intersubjetiva que sostenemos con el otro. Y el primer modo de reconocimiento moral, la preocupación por el bienestar del otro, “es una preocupación condicional en tanto que está ligada a emociones” (Honneth, 1998, p. 32). El segundo modo, es que la persona es reconocida como tal, merece trato universal y es también un responsable moral. El tercer modo, es el reconocimiento del valor constitutivo que la persona tiene para una comunidad concreta, su bienestar nos preocupa por el bienestar de los demás (Honneth, 1998). Planteado así, “es obvio que no puede haber una relación armónica entre todo esto... ¿qué reconocimiento habrá de preferirse en cada caso?... no puede estar decidido de antemano”. (Honneth, 1998, pp. 34-35).

Ante lo anterior, la postura del autor de este estudio es que un médico que practique un método clínico que incluya las emociones y sentimientos que las personas llevan al encuentro clínico, junto con el trabajo en grupos Balint y la búsqueda de una integración de la compasión con la ecuanimidad durante la vida profesional, podría ser de ayuda para mejorar las relaciones médico-paciente y resolver la complejidad a la que alude Honnet en la toma de decisiones éticas en los contextos concretos.

Medicina basada en narrativa

La vida humana se vive en términos de narrativa, el médico escucha narrativas todo el tiempo, escribe en los expedientes clínicos en forma de narrativa, comparte su experiencia en la misma forma y trata de educar a nuevos médicos usando historias que ilustran lo que trata de decir.

Pero algo ocurrió en la medicina que se detectó en la década de 1960 en el mundo angloparlante, los sociólogos observaron que los médicos eran cada vez más distantes en su trato con sus pacientes y era un comportamiento generalizado. Es decir, los tutores de los estudiantes jóvenes ya no eran fuente confiable para aprender a ser un médico con trato humanista -el *doctoring*- en la concepción anglosajona. Entonces, si ya no era seguro que los estudiantes aprendieran a ser médicos con el ejemplo de sus tutores clínicos, en EE UU y Reino Unido optaron por que profesores expertos en literatura dieran cursos de narrativa con enfoque humanista (Charon, Banks, Connelly, & Hawkins, 1995). Se incluyeron en el currículo médico obras de clásicos humanistas como León Tolstoi, Franz Kafka, Tillie Olsen, Anton Chejov, Ernest Hemingway y otros. El punto de partida fue la creencia de que el futuro médico se interesaría por las narrativas de sus pacientes y lograría autoconocimiento de sus propias emociones y de sus procesos de transferencia y contra-transferencia psicológicas (Charon, Banks, Connelly, & Hawkins, 1995).

Pero, el paso de leer libros de narrativa al proceso de poner plena atención a la narración caótica y dolorosa de un paciente implica que el médico sufra el duelo junto con sus pacientes y sea capaz de seguir acompañándolos con un ánimo positivo, “lo que requiere de enorme valor” (Charon, 2001, p.1897).

No bastaba para ser buen médico, ser un científico competente, pues eso no ayuda a encontrar significado a la pérdida de salud y el sufrimiento. La medicina basada en narrativa (MBN) sería entonces: “La capacidad para comprender los significados de la narrativa del paciente y sentirse conmovido para actuar en su nombre. Competencia narrativa sería la capacidad de absorber, interpretar y responder a las historias de nuestros pacientes” (Charon, 2001, p. 1897).

Sin embargo, muchos médicos tienen miedo de hacer las preguntas abiertas sugeridas por Charon, como la siguiente: “Me podría contar cualquier cosa que usted considere que yo debería saber acerca de su situación” (Dubinsky, 2007, p. 204). El temor del médico proviene de no tener 6 o 7 minutos para escuchar y especialmente proviene de creer que no se tiene la capacidad emocional para enfrentar lo que podría narrarse. En otras palabras, la medicina de narrativa obliga al médico a estar en contacto con sus emociones y eso solo es posible “...si bajamos nuestras defensas” (Dubinsky, 2007, p. 204). Pero exponernos frágiles a la escucha empática y serena solo es posible cuando tenemos un profundo autoconocimiento (McWhinney, 2000).

No hay duda de que escuchar con atención las historias que otros nos cuentan refuerza las relaciones empáticas. Todas las enfermedades demandan historias, independientemente de que la persona enferma quiera o no comunicarlas (Gold, 2007). Pero aquí viene una limitación de la medicina basada en narrativa, la literatura respectiva no precisa como un médico puede ser movido por la compasión y al mismo tiempo ser capaz de tomar decisiones ecuánimes.

Desde luego hay diversidad de narrativas, estas pueden ser de restitución, de búsqueda o de caos. La “narración de restitución” cuenta la recuperación, la persona vuelve a ser la de antes de la crisis, escuchar estas narraciones es agradable, esperanzador y nos suele gustar escuchar este tipo de relatos.

La “narrativa de búsqueda” es una historia que se ve como el inicio de un viaje en búsqueda de una transformación que debe ser ganada a través de la experiencia. Escuchar estos relatos donde hay voluntad de búsqueda y la esperanza de superar situaciones serias, también puede ser alentador. Contrario a los dos tipos previos de narrativa, la “narración de caos” es una historia en desorden, no tiene respuestas, suele ser acompañada de intenso sufrimiento para el cuál no

encontramos significado en medio de la crisis, pero narrarla a otros permite poco a poco darle algún sentido; quién y cómo la escuche es muy importante para su curso futuro (Gold, 2007). Este es el tipo de historia que pocos médicos están dispuestos a escuchar con plena compasión para procesarla y devolver una forma procesada y adecuada para el sufrimiento que vive la persona.

Cómo puede verse, la MBN requiere algo más que voluntad de escuchar y tiempo para hacerlo; es común que se escuchen narrativas de restitución y de búsqueda sin siquiera decidirlo conscientemente, pero escuchar narraciones caóticas es complejo y demanda mucha energía.

Tal vez por eso las investigaciones muestran que las intervenciones puramente didácticas, es decir, no experienciales ni de entrenamiento de destrezas, no son efectivas para fortalecer la empatía de los estudiantes de medicina; por el contrario, los estudios que combinan estos medios son eficaces (Fragkos & Crampton, 2020). En el proyecto de esta tesis se incluyen los elementos de la medicina de narrativa principalmente en el caso clínico real del niño “Edgar” donde el médico tratante muestra sus procesos mentales en forma de narrativa, idea apoyada por esta corriente educativa (Watson, 2007).

La medicina de narrativa ya no parece suficiente para remontar el deterioro sufrido en la capacidad compasiva de los médicos porque los ambientes educativos y laborales son radicalmente distintos en la actualidad comparados con el medio siglo transcurrido desde 1970. Ya no es posible aprender -para la mayoría- lo que Martínez-Cortés (2002) describió bajo el nombre de humanismo médico.

El médico que es capaz de introducirse en el drama humano sin perder la cabeza ni el corazón; quien puede, después de introducirse en el mundo emocional del paciente dar un paso hacia atrás para, con pie firme en el terreno de la razón y la ciencia, llevar a cabo su tarea profesionalmente médica...podrá ejercer exitosamente con una orientación humanista (p. 116).

En este punto, la ecuanimidad compasiva sería una nueva expresión del Humanismo como corriente de pensamiento que pone al humano, la persona, en el centro de la medicina y específicamente de la relación médico-paciente.

Capítulo 3. Método

La pregunta principal de este proyecto es: ¿Cuáles son los elementos en el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello? Dada la naturaleza cualitativa de esta pregunta y de la problemática planteada, el abordaje de la intersubjetividad de los participantes entre sí y con el investigador, el propósito de enseñar un constructo complejo y subjetivo -la ecuanimidad compasiva- al mismo tiempo que se exploran los significados de los participantes en el proceso, el método de investigación a elegir debe ser de orden cualitativo, cómo se fundamenta a continuación.

Investigación cualitativa

El enfoque cualitativo es un proceso circular que inicia con la actitud o “principio de apertura”, es decir, se pospone la elaboración de una teoría formal hasta que ésta haya surgido de la investigación misma, sin que esto signifique que el investigador comienza sin ideas previas respecto a lo que pretende estudiar. Durante el proceso de la investigación ocurre una recogida e interpretación simultánea de los datos que lleva a la constante revisión y corrección de las preguntas de investigación y a la revisión de lo adecuado del método y las herramientas de recogida y análisis de datos, codificación, elaboración de categorías y presentación de resultados. En esencia se trata de un proceso constante de revisión, donde se está atento al surgimiento de fenómenos emergentes, a fin de lograr una razonable comprensión del fenómeno en estudio (Flick, 2014). No obstante, la codificación de los datos no es un acto mecánico y obligado, ni la única forma de proceder y la decisión depende del investigador:

... Hay momentos en que la codificación de los datos es absolutamente necesaria y momentos en los que es inapropiado para el estudio en cuestión. ...si elige codificar o no, depende de sus valores, actitud y sistemas de creencias sobre la investigación cualitativa. (Saldaña & Omasta, 2018, p. 2/346).

Siendo el investigador tan relevante en este proceso, una manera de controlar sus sesgos es hacerlos explícitos en un diario que contenga sus reflexiones, impresiones, irritaciones, sentimientos, etcétera, como una manera de llevar su subjetividad a su consciencia durante el proceso de investigación (Flick, 2014).

Otras estrategias de validación de los datos es la triangulación en distintos niveles, la validación de las categorías a través de la discusión, acuerdos y diferencias entre varios jueces como lo propone el procedimiento de la Inducción Analítica (IA) (Valles, 2009). Así mismo, la teoría fundamentada propone el método de comparación constante (MCC) que tiene como uno de sus puntos fuertes el entrelazamiento de las operaciones de recogida, codificación y análisis de los datos (Strauss y Corbin, 2012; Valles, 2009).

A continuación, se hace una explicación general del concepto de paradigma de la realidad y paradigma de la forma en que esa realidad es cognoscible. Posteriormente se describen las perspectivas del interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada y su conexión con el proceso del presente estudio.

Supuestos ontológicos, epistémicos, metodológicos, axiológicos y de calidad del paradigma cualitativo

Hay diversas concepciones del término paradigma; en esta tesis se prefiere la siguiente: “Un conjunto entrelazado de supuestos respecto a la realidad (ontología), el conocimiento (epistemología) de esa realidad y los métodos particulares para conocer esa realidad” (Crabtree y

Miller, 1992, como se citó en Valles, 2009, p. 55). Crabtree y Miller citados por Valles (2009) también consideran que cada investigador decide que paradigma es apropiado para su investigación y escoge los métodos consecuentes con él. El tema es controversial; en general, se acepta la existencia de dos paradigmas más o menos diferenciados: 1. El positivista, racionalista o prevaleciente; y 2. El paradigma constructivista, emergente, interpretativo o naturalista (Valles, 2009). En la Tabla 2 se desglosan las principales características de los paradigmas de la investigación de la realidad social respecto a su postura ontológica, epistémica, su relación con la metodología y sus criterios evaluativos de calidad.

Tabla 2. Características filosóficas de los principales paradigmas en investigación social

Paradigma	Ontología	Epistemología	Metodología	Axiología	Criterios de calidad
Positivismo	Se basa en el realismo ingenuo. La realidad es única, objetiva y aprehensible. Se busca conocer leyes naturales.	El sujeto está separado de su objeto de investigación, sus juicios son objetivos. Los resultados de la investigación se consideran ciertos.	Cuantitativa. Experimental, el control es posible y fundamental. El método es prioritario.	El objetivo del conocimiento es lograr explicaciones de la realidad que permitan predicciones confiables para lograr el control social.	El conocimiento se construye y acumula a través de hipótesis verificables. La calidad depende de la validez interna y externa.
Post-positivismo	Se guía por el realismo crítico. La realidad sigue siendo única, es posible acercarse a ella progresivamente pero nunca será cognoscible por completo.	Los resultados son probablemente ciertos.	La misma que el positivismo.	Abandonó la pretensión de explicar la realidad. Se limita a elaborar teorías que describen lo que no podemos comprender (Chomsky & Moro, 2022)	El conocimiento se construye a través de la falsación de hipótesis.
Constructivismo	Las realidades son múltiples parcialmente aprehensibles. No se buscan verdades últimas sino relatos de realidades relativas.	Existe una comunicación de sujeto-objeto. El análisis es interpretativo y en conjunto con los participantes.	Admite los métodos y técnicas cualitativas. El diseño está abierto a la invención.	El objetivo es la interpretación consensuada y bien documentada de la realidad.	El conocimiento se construye consensuadamente y está sujeto a revisión. En lugar de validez interna y externa se habla de confiabilidad, credibilidad y transferibilidad. El criterio no está resuelto según Guba y Lincoln (1994).
Investigación crítica/ecológica	La realidad es histórica y social e implica el ejercicio del poder y la existencia de desigualdades sociales.	La ideología está detrás de la experiencia social. Hay interacción entre los valores del investigador e investigado.	Implica el compromiso político en la interpretación y desvelo de la ideología.	El objetivo es la transformación de estructuras sociales, políticas, culturales, económicas y étnicas.	El conocimiento surge, se modifica, es revisado históricamente y sus visiones caducas son remplazadas. Su validez depende de su contextualización histórica, el grado en que “erosiona la ignorancia” y desenmascara prejuicios. Grado en que estimula la acción transformadora de estructuras.

Nota. Sintetizado de “Perspectivas y paradigmas en la investigación cualitativa” En Técnicas cualitativas de investigación social, por M. S Valles, 2009, PP. 47-69.

Las características de los paradigmas se traslapan: “si se les ve de cerca se encuentran interrelaciones significativas entre los paradigmas” (Hammerslev, 1995, como se citó en Valles, 2009, p. 58). Por esa razón, Valles (2009), en lugar de paradigma, prefiere el término “perspectivas ” -sistemas abiertos- utilizables por los investigadores de forma amplia. En la Tabla 3 se ilustran algunos traslapes entre las perspectivas de la realidad y la forma de conocerla, en especial se ilustran las relaciones entre investigados e investigadores y las metas de estos.

Tabla 3. *Características epistemológicas que se traslapan entre algunas perspectivas usadas en la investigación cualitativa de la realidad social*

Perspectiva	Relaciones entre entrevistados y el mundo que refieren	Relaciones entre entrevistados e investigadores	Meta del investigador
Positivista y neopositivista (Usado en una forma de teoría fundamentada)	La entrevista representa hechos acerca del mundo. Se busca separar la información factual de las actitudes, motivaciones y sentimientos. Se siguen guías estandarizadas/semiestructuradas de entrevista.	Se evita el involucramiento con los entrevistados y el reporte de los datos. La meta es lograr un cuadro de la realidad lo más fidedigno posible.	Describir los fenómenos de forma neutral y tan precisamente como sea posible.
Interaccionismo	Para Alvesson (2011) es una forma de positivismo revisado porque busca conocer a profundidad los significados de los entrevistados y establece un diálogo activo entrevistador-entrevistados para lograr reflexiones de las experiencias que sean tan precisas como sea posible. Para otros, es una forma de constructivismo.		
Constructivista	Los datos representan: Experiencias personales y también convenciones sociales y culturales.	Los datos solo pueden ser interpretados considerando el contexto en que se producen.	Énfasis en la naturaleza procesual, compleja y ambigua de los fenómenos estudiados.
Epistemología cualitativa para el estudio de la subjetividad	Los sujetos generan configuraciones subjetivas autopoieticas, autogenerativas a partir de la interacción de procesos simbólicos y emociones-sentimientos, dentro de un contexto cultural-histórico (González-Rey, 2013) La acción humana es básicamente subjetiva, no puede ser descrita y explicada con base en sus características exteriores objetivables (Sousa-Santos 2018).	El investigador cree que los significados son zonas del sentido de la palabra dentro del sentido subjetivo fluido de estabilidad variable. Más que datos el investigador obtiene <i>indicadores hipotéticos</i> que se construyen dialógicamente. Ningún instrumento exime la responsabilidad interpretativa del investigador	El investigador construye configuraciones y sentidos subjetivos a partir de los <i>indicadores</i> . Lo singular es una instancia legítima de conocimiento científico. Los significados no coinciden directamente con la expresión explícita. Nuevos indicadores pueden negar los previos. Es un proceso de construcción teórica de complejidad progresiva (González-Rey & Mitjáns-Martínez, 2016).
Fenomenológico	Las entrevistas son más abiertas. Enfatiza la experiencia subjetiva, las acciones y significados del sujeto y lo que atribuye a otros en acción y experiencias	La empatía del investigador es clave en la investigación (Mik-Meyer, 2021).	Conocer los significados de los investigados.

Nota. Elaborada a partir de: Epistemological issues in qualitative research, en: Jarvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2020). In *Qualitative analysis: Eight approaches for the social sciences*. Pp:8-10. SAGE, Publications.

Como se puede deducir de lo mostrado en las Tablas 1 y 2 la perspectiva ontológica y epistémica en que se ubica una tradición de investigación cualitativa no es absoluto, en consecuencia, en muchos casos los enfoques metodológicos no pueden ser ubicados como completamente realistas o constructivistas. En esta tesis se asume una metodología cualitativa con recogida y análisis de datos conforme la teoría fundamentada constructivista.

En este proyecto hay un elemento adicional, dado que se pone a prueba un método educativo cuyos contenidos confrontan la episteme objetivista y reduccionista dominante en la educación biomédica y se hace desde la periferia académica aquí representada por la medicina familiar. Por eso, este proyecto, encuentra inspiración en “las epistemologías del sur” de Sousa-Santos (2018), quién plantea que: “la epistemología es toda concepción, expresa o no, sobre las condiciones que hacen válido un conocimiento” (Meneses, 2018, p. 27).

El interaccionismo simbólico y su relación con la teoría fundamentada constructivista

El interaccionismo simbólico (IS) es una teoría del conocimiento que plantea que la realidad social puede ser interpretada de manera diversa y que los significados de las personas emergen de la experiencia y su accionar en relación con los elementos de esa realidad. El IS sostiene que los humanos somos “agentes” que intencionamos nuestras acciones y las dotamos de significado y sentido; en consecuencias somos generadores de formas de la realidad, (Charmaz, 2014).

Cómo se deduce, las propuestas ontológicas del interaccionismo simbólico sustentan la teoría de la construcción social de la realidad de Berger y Luckmann (2003) y los conceptos de socialización primaria y secundaria. De igual manera, el IS se relaciona con las explicaciones histórico-culturales del aprendizaje que parten de la idea central de la interacción constante entre

las personas y su proceso de desarrollo que les permite refractar de manera selectiva aquellas partes de la realidad que se experimentan de forma más significativa, mientras otras son ignoradas.

En la Tabla 4 se presentan las premisas que integran al interaccionismo simbólico de acuerdo con Charmaz (2014).

Tabla 4. *Premisas del interaccionismo simbólico*

Aportadas por Blumer (1969)	Aportadas por K. Charmaz (1980)
Actuamos hacia las cosas a partir del significado que tenemos de ellas.	Los significados son interpretados a través del lenguaje y la comunicación.
El significado de las cosas surge de la interacción social con otros humanos, no de las cosas en sí.	El significado de la interacción social procede de procesos emergentes continuos
Los significados son modificados, manejados por medio de un proceso interpretativo.	El proceso interpretativo se hace explícito cuando los significados/acciones de las personas se vuelven problemáticos.
Nota. Sintetizado de “Constructing grounded theory” capítulo 10, por K. Charmaz, 2014 Pp 260-282. SAGE Publications.	

La teoría fundamentada (TF) “*grounded theory*”, surgió del encuentro entre las visiones positivista y la nueva visión constructivista del mundo que se había desarrollado a partir del interaccionismo simbólico de Blumer. Dos sociólogos, Barney Glaser y Anselm Strauss, sólidamente formados en la tradición positivista el primero y en la naciente constructivista el segundo, unieron esfuerzos y aportaciones; desde el lado positivista Glaser aportó las ideas de codificación cuantitativa, procesos emergentes, modificabilidad de la teoría, investigación inductiva y codificación temprana. Strauss aportó su énfasis en el papel del lenguaje, los significados, la relatividad de la verdad, el concepto de agencia individual y la indeterminación en las interacciones entre los sujetos (Flick, 2014). Así, se generó la parte operativa de la

codificación temprana, la elaboración de etiquetas analíticas (libro de códigos), la elaboración sistemática de memos, el análisis comparativo constante de cada nuevo sujeto investigado que modificaba el siguiente paso; la identificación de huecos analíticos, el concepto de muestreo teórico y la saturación del mismo cuando ya no surgen nuevas dimensiones o categorías y la escritura del reporte a partir de la agrupación temática de los memos analíticos (Chichi, 2000).

Actualmente, la TF es un continuum con dos extremos: la teoría fundamentada objetivista (TFO) y la teoría fundamentada constructivista (TFC) como se muestra en la Tabla 5, de acuerdo con las ideas de Charmaz (2014). Podrá apreciarse que la TFC comparte principios epistemológicos con el interaccionismo simbólico, el constructivismo social y la teoría del aprendizaje histórico cultural.

Tabla 5. *Comparación de algunas características de la Teoría Fundamentada Objetivista y la Teoría Fundamentada Constructivista*

Teoría fundamentada objetivista	Teoría fundamentada constructivista (interpretativista)
La realidad externa es una sola y parte de un mundo cognoscible.	Las realidades son múltiples como plantean el interaccionismo simbólico y el constructivismo social.
Considera los datos como reales, objetivos en sí mismos, encontrados por el investigador y que descubre teoría para ellos.	Los datos se crean por las experiencias compartidas de investigador y participantes. (coincide con González-Rey, 2016). La teoría que resulta es una interpretación del investigador.
Trata a las categorías emergentes como resultados automáticos	Los participantes construyen significados y acciones en situaciones específicas.
No deja clara la postura interpretativa del investigador.	Conducir y escribir una investigación no es un acto neutral, los investigadores que llegan al campo con ideas similares pueden producir teorías diferentes.
Borra el contenido social, la influencia del investigador y las interacciones entre investigador y participantes	Los significados pueden representar ideologías, relaciones de poder, convenciones sociales, discursos y ser parte de una realidad escondida mucho mayor. Puede haber agudas discrepancias entre investigador y participantes.
Enfatiza el desarrollo de categorías teóricas y las trata como variables objetivas.	Mucho de lo que ocurre en la investigación es tácito y silente, intersubjetivo.
No reconoce la subjetividad en el proceso de investigación.	
Busca lograr parsimonia y poder explicativo en espectro.	Busca comprensión interpretativa situada en tiempo, espacio, acción e interacciones. La generalización es condicional La reflexión es un compromiso durante todo el proceso, para limitar la reproducción de ideologías y convencionalismos.
Ve a la reflexión como una fuente posible de datos.	

Nota. Elaborado a partir de: "Reconstructing Theorizing in Grounded Theory Studies" Capítulo # 9, K. Charmaz, 2014, Constructing Grounded Theory. pp. 225-260.

La teoría fundamentada interpretativista es el método de análisis adecuado en el presente estudio en el que se explora el mundo subjetivo de los participantes, los significados que construyen y los intercambios intersubjetivos entre ellos durante el proceso de enseñanza aprendizaje de la EC. Se requiere una teoría interpretativista:

Las teorías interpretativas buscan comprender los significados y las acciones y cómo las personas los construyen... incorporan la subjetividad del actor y pueden reconocer la subjetividad del investigador. Requiere la comprensión imaginativa ... asume múltiples realidades emergentes, la indeterminación, hechos y valores como inextricablemente vinculados, la verdad como provisional y la vida social como procesual. (Charmaz, 2014, p. 231).

La TFC es adecuada para obtener y procesar los datos co-construidos durante la exposición a un método educativo que intenta enseñar un constructo subjetivo que involucra la intersubjetividad de los participantes y del investigador-profesor en su doble papel en cada una de las etapas del estudio.

La teoría fundamentada tiene el potencial suficiente para cambiar la percepción de la realidad y significados de los investigadores (Charmaz, 2014). La TF es un espectro muy amplio de enfoques, desde el extremo positivista que busca datos y hace análisis básicamente objetivos, hasta el lado constructivista interpretativo que se prefirió en esta tesis. Así, las limitaciones de la TF son apreciadas de manera heterogénea en el mundo; para algunos, la TF es una exportación científico cultural de EE UU, una concepción del mundo, clases sociales, raza, género y relaciones capitalistas no cuestionadas en los años de 1960 cuando surgió (Charmaz, 2014). Tal vez una buena manera de estar atento a esta carga del origen cultural de la TF sea tener siempre presente las finalidades que se buscan en la investigación que se emprende bajo este método de análisis.

Intervención efectuada

Participantes y escenario

Los participantes de este estudio fueron 5 residentes de la especialidad de medicina familiar (EMF) de una Institución de Seguridad Social en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. El

estudio se inició el 1 de marzo de 2021 dentro del programa formal del primer año de la residencia de la EMF y se siguió durante el segundo año. El estudio incluyó a dos generaciones de residentes, la primera generación con tres residentes participó del 1 de marzo de 2021 al 28 de febrero de 2023. La segunda generación de residentes participó del 1 de marzo de 2022 al 28 de febrero de 2023. Los residentes de primer año (R1) son médicos generales titulados, que aprobaron el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), requisito en México para acceder a cursar una especialidad médica en una institución pública de salud. Cada institución de salud tiene su propio proceso de selección una vez aprobados por el ENARM. Los residentes de segundo año (R2) son aquellos R1 que aprueban su paso al segundo año de la especialidad. La primera generación estuvo compuesta por tres residentes y la segunda la integraron dos residentes para un total de cinco participantes en el estudio, 3 mujeres y 2 hombres, con rango de edad de 26 a 43 años, promedio de 32.6 años y mediana de 32 años.

Contexto del programa educativo de este estudio en las labores de los participantes

Los R1 y R2 tienen jornadas semanales de trabajo de casi 90 horas distribuidas en asistencia diaria a los servicios de consulta externa de la clínica de medicina familiar y del hospital de zona más las guardias nocturnas en el hospital cada tres días de 8 de la noche a 6 de la mañana. Las áreas en las cuales se realizan las guardias son: los servicios de urgencias de pediatría, de adultos o de ginecología, según su programa mensual. Cuando la guardia les toca el sábado o el domingo, inicia a las 8 de la mañana y termina al día siguiente a las 6 de la mañana. Por lo que la guardia del domingo es especialmente pesada, ya que el lunes al salir de guardia, tienen que continuar el turno del servicio de 7 a 14 horas. A partir de marzo de 2022 las guardias nocturnas se espaciaron

a cada cuatro días. El miércoles los estudiantes no van a servicios (pero si a guardia por las noches si les corresponde su turno) y asisten a su programa académico (clases de pediatría, ginecología, geriatría, medicina interna, bioética, investigación y asesoría psicológica). El horario del miércoles es de 7 de la mañana a 6 de la tarde. El programa educativo motivo de esta investigación se llevó a cabo en un horario de 11 a 13 horas, todos los miércoles, excepto los días festivos y períodos vacacionales. Todas las sesiones fueron dirigidas por el mismo profesor-investigador. Es de interés señalar que los residentes de este estudio coincidieron en el hospital con residentes de otras especialidades y grados (R1 a R4), así como con residentes de medicina familiar de otras sedes de la residencia de la misma institución que no llevan un curso como el de este proyecto. En esa convivencia durante las guardias se dieron diálogos e intercambios referentes al curso puesto a prueba en este estudio.

Protección de la identidad de los participantes

Los cinco residentes firmaron un documento de consentimiento voluntario para su participación en los Grupos Tipo Balint (GTB), manteniendo a salvo en todo momento su voluntad de abandonar las sesiones cuando quisieran, sin tener ninguna consecuencia en su calificación o de cualquier otro tipo.

Para elevar la protección de la identidad de los cinco residentes, se les asignó aleatoriamente una segunda clave de dos dígitos en este reporte a partir de la clave inicial de un dígito con la que se trabajó en todas las sesiones del curso. Las claves finales fueron en orden numérico de menor a mayor y sin relación a la generación del participante: R-37, R-38, R-54, R-69 y R-73.

Método de enseñanza-aprendizaje (método RAVI-JAL)

La intervención educativa estuvo conformada por 6 componentes: 1. Ocho sesiones de dos horas sobre las bases filosóficas y científicas de la medicina familiar académica. 2. Enseñanza del método clínico centrado en el paciente en un curso de ocho sesiones de dos horas. 3. Video “Los pacientes como profesores en la escuela de medicina” una sesión de 2 horas. 4. Dos sesiones de dos horas cada una con cortos de cine integrados en videos que ejemplifican diversos episodios de relaciones médico-paciente y dos actitudes opuestas del médico, una con afectos desapegados y la otra compasiva y ecuánime. 5. Una sesión de dos horas de reflexión individual y grupal respecto a un caso clínico real donde el médico relata sus propios significados, afectos y pensamientos en el curso del cuidado clínico de un niño que murió después de dos años de tratamiento continuo a la edad de cuatro años. 6. Finalmente, seis sesiones tipo Balint con duración máxima de dos horas, enfocadas en el relato de relaciones médico-paciente que hubieran despertado intensas emociones y sentimientos en los residentes (Balint, 1969).

Durante el segundo año del estudio los 2 nuevos residentes de primer año pasaron por el mismo proceso, pero se integraron a las sesiones tipo Balint con los ahora R2 desde octubre de 2022. De tal manera que el grupo tipo Balint creció de 3 a 5 miembros. A continuación, se describe una síntesis de los contenidos de los seis componentes del método de enseñanza aprendizaje utilizado a los que en adelante se le denominará en conjunto como método RAVI-JAL. Una descripción puntual del método puede verse en el Anexo 1.

1. El curso de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar tuvo los siguientes temas:
Orígenes y principios de la medicina familiar, enfermedad en la comunidad, la familia en la salud y en la enfermedad, fundamentos científicos y filosóficos de medicina familiar,

padecimiento, sufrimiento y sanación, comunicación médico paciente y bases del método clínico centrado en el paciente. En este curso los residentes leen en casa el capítulo correspondiente del texto y comentan, preguntan, reflexionan sobre ello con el profesor en las sesiones.

2. El curso de método clínico centrado en el paciente (MCCP) tuvo los temas: La evolución del MCCP, el primer componente del MCCP (explorar la experiencia con el padecimiento), el segundo componente del MCCP (el individuo y su familia; su contexto), el tercer componente (lograr acuerdos/ terreno común), cuarto componente (mejorar la relación médico-paciente). Los residentes participan de igual manera que la descrita en el párrafo previo.
3. La exposición a un video de 9 minutos sobre una experiencia con estudiantes de medicina que escuchan a pacientes reales que les relatan sus vivencias en relaciones médico-paciente. Termina con un foro de intercambio de percepciones e ideas generadas durante el ejercicio.
4. La exposición de los residentes a videos con el tema central de la relación médico-paciente. Dos videos de 20 minutos cada uno que ilustran las posturas de distanciamiento afectivo y de ecuanimidad compasiva respectivamente. Los residentes ven los videos en la sesión, toman notas y participan en los diálogos que coordina el profesor. Los videos fueron elaborados con la técnica denominada “cinemeducation” (Matthew, Lenahn, & Pavlov, 2012) y probados desde 2015. La estrategia de cinemeducation es parte del campo interdisciplinario de las humanidades médicas que busca educar a los estudiantes de medicina acerca de la condición humana. En español se podría referir como *educación*

médica por el cine y conceptualizada como: “El uso de cine, televisión YouTube, videos, documentales, ya sean completos o en segmentos cortos, para educar a los estudiantes de medicina en los aspectos biopsicosociales-espirituales y éticos del cuidado de la salud” (p.4).

5. Caso clínico del niño “Edgar”. Una lectura en casa por parte de los residentes y un foro presencial acerca del caso de un niño de dos años quién murió de cáncer dos años después de que su médico familiar estuvo atendiéndolo. El relato del caso es en primera persona y el médico expresa abiertamente sus ideas y sentimientos, así como interpretaciones de lo que cree que ocurre con Edgar y su familia.
6. Sesiones grupales presenciales tipo Balint⁴: Son reuniones formales semanales o quincenales de 1-2 horas en las que todos los participantes se asumen como colegas del mismo nivel con un coordinador que, en este caso, es el investigador. Se crea un ambiente de compromiso grupal y confidencialidad. El foco se centra en la relación médico-paciente, no en la personalidad del médico ni en la enfermedad o problema del paciente, sino en cómo se da la relación médico-paciente y cómo evoluciona con el tiempo.

El proceso consiste en que un miembro del grupo comparte un caso que le haya dejado emociones y sentimientos intensos y persistentes, lo narra al grupo de forma libre, sin notas, ni documento alguno. Una vez que ha dicho lo que necesitaba decir, se abre al grupo la opción de hacer preguntas centradas en la relación médico-paciente que les permita una mejor comprensión del relato. Pasado esto, el médico que compartió su caso

⁴ Las sesiones Balint propiamente dichas incluyen de 8 a 12 participantes y en nuestro caso las sesiones tuvieron solo tres residentes en el primer año y cinco durante el segundo año. No obstante, la dinámica fue la misma descrita por Michael Balint. Hubo un total de 18 sesiones de máximo 2 horas de duración.

se mueve físicamente un poco fuera del círculo lo que logra cierta distancia psicológica, mientras escucha de sus compañeros lo que piensan y desean compartir sobre lo que acaban de escuchar y así hasta que se agota esa fase.

En la siguiente fase el coordinador hace algunas preguntas al grupo y busca un consenso. Los participantes cierran cada sesión con sus ideas finales. La siguiente sesión se inicia con la actualización del caso, relatada por el médico que lo comentó. Todas las sesiones se registraron en audio y se transcribieron. Se realizaron 18 sesiones en total y los nuevos R1 se integraron al grupo tipo Balint desde la sesión 13. En la Tabla 6 se muestra la exposición de los participantes de ambas generaciones a los diversos componentes del método RAVI-JAL. Una descripción puntual del método RAVI-JAL puesto a prueba está en el Anexo 1.

Tabla 6. *Exposición de los participantes a los componentes del método de enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva*

Componentes	Duración
1. Bases filosóficas de la Medicina Familiar	2 meses (R1 y R2) 8 sesiones de 2 horas
2. Método clínico centrado en el paciente	2 meses (R1 y R2) 8 sesiones de 2 horas
3. Video “Los pacientes como profesores en la escuela de medicina”.	1 sesión de 2 horas Foro (R1 y R2)
4. Cortos de cine de relación médico-paciente.	2 sesiones de 2 horas Foro (R1 y R2)
5. Casos clínicos reales centrados en el paciente.	2 sesiones de 2 horas Foro (R1 y R2)
6. Grupos tipo Balint	18 sesiones 1ª generación 6 sesiones 2ª generación.

En el Anexo 1 se presenta una descripción pormenorizada de la intervención realizada en el estudio, así como una estimación del papel que cada uno de sus componentes tuvo en el proceso de aprendizaje, y que pudiera compararse con el objetivo presuntivo de cada uno de ellos. Este Anexo 1 puede ayudar a quiénes planeen hacer un estudio o una intervención educativa como la que se presenta en este trabajo. En el Anexo 2 se describen los instrumentos usados para recoger las impresiones de los participantes en las sesiones de cine y en el caso del pequeño paciente “Edgar”.

Consideraciones éticas

El proyecto educativo no involucró la participación directa de pacientes ni en las sesiones ni en el grupo tipo Balint. La investigación se guio por los principios de respeto, beneficencia y

justicia. Con base en el respeto se trató a cada residente como sujeto autónomo, respetando sus acciones y juicios. De igual manera, se buscó proteger a los residentes más frágiles emocionalmente. El principio de beneficencia obliga a maximizar los posibles beneficios y reducir los daños potenciales por lo que se estuvo abierto a la comunicación de cualquier situación o evento que pudiera alterar este principio. Se evitó usar cualquier ejemplo de dificultades de un residente para impulsar el avance de otros. En situaciones extremas se dialogó con los residentes y el cuerpo académico de la residencia de medicina familiar.

Respecto al principio de justicia, se cuidó de no hacerlos cargar tareas más allá de lo que pudieran comprender sin esfuerzos excepcionales. Incluso se dejaron de lado las tareas escritas que se suplieron por grabaciones y transcripciones de los foros de discusión.

Los riesgos y beneficios de este proyecto educativo son de carácter psicológico y muy difíciles de evaluar; el seguimiento prolongado por 6 meses en los grupos tipo Balint y la comunicación abierta con los participantes representan una forma de cuidados de salud mental que no ocurren comúnmente en las residencias de medicina familiar en México.

Un riesgo identificable es la fuga de información confidencial relacionada con expresión de emociones y sentimientos, historia de vida, ejemplos compartidos y circunstancias relacionadas con las condiciones de los participantes y el contexto en el que se realiza este estudio, por lo que, para la protección de datos personales directos o indirectos, estos deberán ser conocidos solo por el autor de esta tesis. Debido a la confidencialidad, se omitió el nombre y datos de identificación de la clínica de salud en donde se llevó a cabo el proyecto.

Un riesgo importante de los grupos tipo Balint es la ruptura de la confidencialidad por algún miembro del grupo, lo que no puede ser garantizado por el investigador. Se tuvo especial cuidado de no re-traumatizar al preguntar a un residente sobre hechos traumáticos de su vida.

En el lado de los beneficios, es destacable que la ganancia en el desarrollo emocional de los participantes podría ser relevante, pues su participación en el estudio aporta herramientas para el autoconocimiento, el desarrollo de capacidades para el manejo de las emociones y el análisis de situaciones profesionales desde un enfoque que incorpora la dimensión psicoemocional. No hubo ninguna relación entre el desempeño en este proyecto y la calificación del curso o de otros cursos que estuvieran tomando los residentes.

Los participantes firmaron un acuerdo de participación voluntaria en las sesiones tipo Balint (ver Anexo 3) así como un compromiso mutuo de confidencialidad de los contenidos vertidos durante tales sesiones por los participantes. Lo anterior fue parte de un proceso de consentimiento informado donde quedó asentado que la participación en esos grupos era voluntaria y que el estudiante podía dejar de participar en el estudio en el momento que lo decidiera, sin detrimento de su proceso de formación en la institución.

La participación en las sesiones Balint no tuvo ninguna repercusión en las calificaciones de cada residente. Se asentó expresamente en el formato escrito que las sesiones Balint se enfocarían exclusivamente sobre la relación médico-paciente y no sobre la personalidad de los participantes. Se pudo expresar en libertad cualquier idea o pensamiento que se deseó comunicar de “manera respetuosa”, en el espíritu que Balint dejó asentado cuando afirmó la importancia de: “... el valor de nuestra estupidez de decir ideas tontas” (Balint, 2000, p. 8).

Procedimiento de recolección de datos

Los datos de esta investigación se obtuvieron mediante la aplicación de entrevistas individuales y grupales, la elaboración y explicación de dibujos y mediante otras fuentes de datos como tareas escritas, foros de discusión, sesiones de grupo tipo Balint y notas de campo. A continuación, se describe cada uno de estos instrumentos y fuentes de datos, su momento de aplicación, su propósito y el tipo de registro obtenido.

Entrevistas

Se realizaron 3 entrevistas semiestructuradas individuales a la primera generación de residentes y 2 a la segunda. También se aplicaron 2 entrevistas grupales a ambas generaciones. Todas estas entrevistas fueron audio grabadas, transcritas literalmente y codificadas. A continuación se describe cada una de ellas y el momento de su aplicación.

Entrevista individual 1, fue aplicada a la primera generación cuando terminó la fase de los casos clínicos, previa al inicio de la fase en los grupos tipo Balint. El propósito fue indagar sobre la idea de EC aprendida hasta antes de los grupos tipo Balint, la significación individual del curso y la de algunos de los componentes particulares del mismo. El protocolo pre y durante la entrevista así como la guía de preguntas se encuentra en el Anexo 4.

La entrevista individual 2, se aplicó a la primera generación al final de la quinta sesión del grupo tipo Balint el 15 de diciembre de 2021. El propósito fue indagar los mismos temas que en la entrevista 1, sus ideas sobre el concepto de EC una vez concluido el curso, así como explorar de manera más específica la influencia que cada uno de los elementos del método RAVI-JAL tuvo en su aprendizaje. En esta ocasión se usó por primera vez el dibujo como elemento exploratorio adicional a la entrevista y se preguntó acerca de sus significados a cada participante al final de la

entrevista. El protocolo pre y durante las entrevistas así como la guía de preguntas se encuentra detalladamente descrito en el Anexo 4.

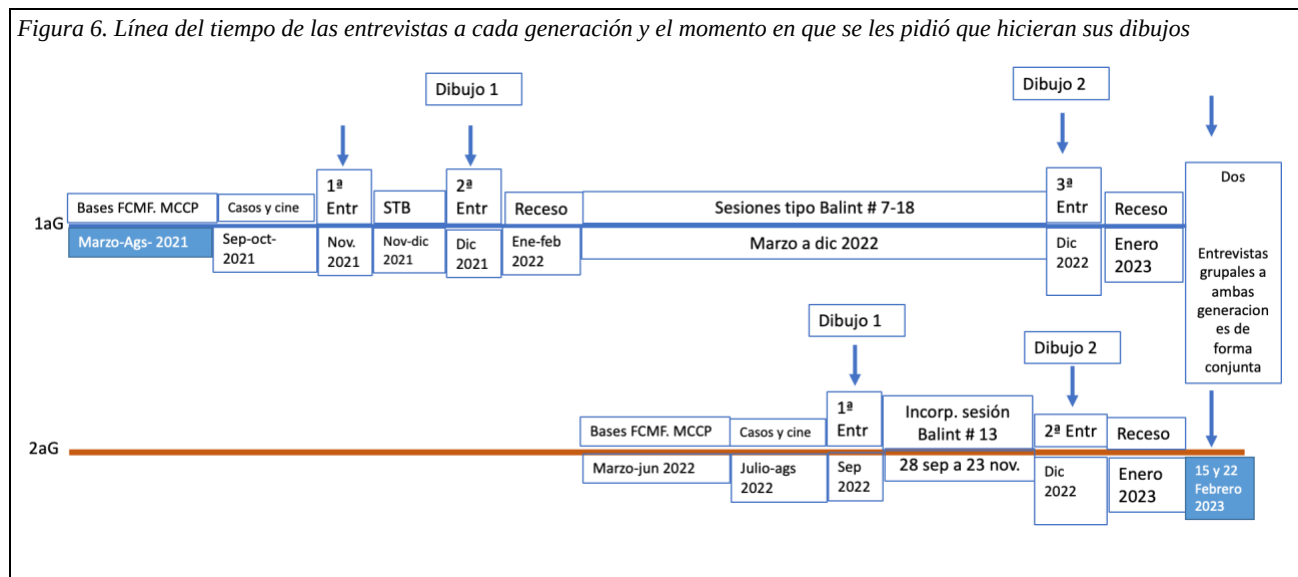
Entrevistas a la segunda generación. La entrevista 1 fue modificada para la segunda generación con el propósito de hacerla menos inductiva eliminando las preguntas sobre la significación de algunos de los elementos del método RAVI-JAL, y sustituyéndola por una pregunta más general. Otro cambio consistió en pedirles a los entrevistados la elaboración de un dibujo desde su primera entrevista dada la riqueza de significados que el dibujo rindió en la primera generación al pedirles que explicaran lo que se plasmó en el dibujo. La entrevista que se describe se realizó en la misma fase que a la primera generación al terminar la exposición a videos y caso clínico real con el propósito de indagar lo que hasta este momento del curso habían aprendido sobre la EC, los elementos del curso que fueron significativos para este aprendizaje y el significado global de esta experiencia. El protocolo de la entrevista y las preguntas guía se pueden ver en el Anexo 4.

Entrevista individual realizada del 30 de noviembre al 7 de diciembre de 2022 a ambas generaciones de participantes

Entrevista individual realizada a las dos generaciones en noviembre/diciembre de 2022. Para la primera generación fue la tercera entrevista, mientras que para la segunda generación fue la segunda entrevista. Fueron entrevistas individuales abiertas que tuvieron como propósito profundizar en los significados globales del curso para cada uno de los participantes. Se buscó estimar que conceptos de ecuanimidad compasiva había incorporado al final del curso RAVI-JAL, y si creían que otros residentes de medicina familiar podrían aprender lo mismo que el entrevistado consideraba haber aprendido. La introducción en las entrevistas de noviembre-diciembre de 2022

fue exactamente la misma para los cinco participantes, se hizo a partir del dibujo que se les pidió hacer antes de la entrevista y su comparación con el primer dibujo que hicieron (ver Figura 6). Las preguntas iniciales de esta entrevista se muestran en el Anexo número 4.

La Figura 6 muestra una línea de tiempo que ilustra los momentos de las entrevistas y los dibujos a cada generación y el momento cuando se hizo la entrevista individual final a ambas generaciones. En la Figura 6 las flechas azules señalan los momentos de todas las entrevistas (individuales y grupales) a cada generación.



Entrevistas grupales reunidas ambas generaciones

Las entrevistas grupales fueron abiertas y se realizaron en febrero 15 y febrero 23 de 2023 (Figura 6) con el grupo de los cinco residentes en la primera sesión, y tres en la segunda (dos residentes no acudieron porque estuvieron en un curso obligatorio). El propósito de la primera entrevista colectiva fue escuchar las opiniones de los participantes sobre las conclusiones del investigador que les fueron compartidas por escrito una semana antes (Anexo 5). El investigador

presentó el tema general de esta entrevista grupal con la invitación a que expresaran con toda libertad sus opiniones, ya fueran discrepantes o convergentes con las opiniones del investigador.

La segunda entrevista grupal tuvo como propósito precisar lo más posible lo que los participantes consideraban que era la ecuanimidad compasiva, pero ahora expresado en un ambiente grupal. También se buscó explorar las ideas de los participantes acerca de cómo se aprende, quiénes podrían aprenderla y cuales podrían ser algunas de las motivaciones para aprender EC.

El protocolo de estas entrevistas, su orientación y preguntas generales se pueden ver en el Anexo 4.

Dibujos

A cada participante se le pidió que hiciera dos dibujos (ver Anexo 6) en momentos diferentes en cada generación. La primera generación de residentes hizo su dibujo al final del curso en diciembre de 2021. Un año después en diciembre de 2022 se les pidió hacer un nuevo dibujo. Las instrucciones para hacer el dibujo fueron siempre las mismas “Trata de poner en un dibujo lo que ha significado este curso para ti”. Se les proporcionó hojas de papel en blanco, lápices de colores, lápiz común de grafito, borradores y un tiempo de hasta 45 minutos.

Dada la utilidad de los datos que generó el primer dibujo de la primera generación, a la segunda generación se le pidió que hiciera un dibujo desde su primera entrevista cuando habían terminado la parte del curso previa al inicio de las sesiones tipo Balint en septiembre de 2022. Posteriormente se le pidió un segundo dibujo en noviembre-diciembre de 2022 al terminar todo el curso. En esas fechas también se obtuvo el segundo dibujo de la primera generación. Se reunieron en total diez dibujos, dos por participante.

En la educación médica los dibujos se han usado eficazmente para estimular la reflexión de sus estudiantes a través de la expresión gráfica (Green, 2015). En el caso de este trabajo los dibujos fueron un medio de gran utilidad para iniciar las entrevistas individuales, un uso que ha sido ampliamente aplicado en la investigación médica (Helmich et al, 2018). Los dibujos, en combinación con entrevistas, estimulan conversaciones reflexivas y proveen un foco que permite obtener datos tácitos que no se pueden poner en palabras y que pueden surgir al dialogar sobre el contenido de los dibujos y su forma de representarlo, lo que enriquece las potencialidades de la entrevista (Cristancho, 2015). Los dibujos en la exploración educativa en medicina han permitido descubrir que aprender técnicas quirúrgicas difíciles requiere de relaciones bilaterales de confianza dentro y fuera del quirófano entre cirujanos, residentes de cirugía y enfermeras (Cristancho, 2015). También los dibujos son medios útiles para la expresión de emociones y sentimientos en los ámbitos de la educación médica y la relación médico-paciente (Cristancho, 2015; Helmich, et al., 2018).

Se aplicó la técnica del dibujo con la idea de facilitar y enriquecer las entrevistas individuales, dada la experiencia que se tuvo con los participantes de la primera generación, con quienes se realizó la primera entrevista semiestructurada de manera directa, y fue menos productiva que la segunda entrevista donde se les pidió que elaboraran un dibujo (previo a la entrevista) siguiendo las instrucciones señaladas arriba. También se usó el dibujo buscando comprender significados implícitos de los participantes y para tener un registro gráfico que permitiera inferir cambios en el desarrollo de la identidad profesional de los participantes.

Otras fuentes de datos

Tareas escritas.

Al principio del curso el 3 de marzo de 2021, con la primera generación se dejaron tareas escritas a partir de las lecturas; posteriormente, a partir de la 5ª semana del curso, ya no se pidieron tareas escritas dada la gran carga que representaban para los residentes en su denso programa de actividades y fueron sustituidas por foros de intercambio centrados en los temas de las lecturas. Los propósitos de estas tareas fueron los siguientes: con la primera tarea se buscó indagar los trayectos de vida que los condujeron a la decisión de cursar la residencia de medicina familiar en la sede específica donde se hizo el estudio y con las otras tres, que expresaran sus descubrimientos personales a partir de las lecturas y propiciar la comprensión y reflexión sobre los conceptos de éstas.

Foros de discusión

Los foros tuvieron lugar en sesiones presenciales posteriores a las tareas de lecturas en casa y después de las exposiciones a los casos clínicos y los cortos de cine en ambas generaciones. El propósito de cada foro se describe según el tema de la lectura, o el video, o el caso clínico al que se había expuesto. Esto se describe ampliamente en el documento “Programa de enseñanza RAVI-JAL)” en el Anexo 1.

El mecanismo típico de los foros fue al inicio alguna pregunta motivadora según el tema, seguido por el rumbo de comentarios que propusieron los participantes. La grabadora se pasaba de mano en mano según algún participante deseaba expresar alguna idea. Existió siempre el compromiso explícito de respetar la confidencialidad y el contenido y forma de las expresiones. Todos los foros fueron audio grabados y transcritos literalmente por el mismo investigador. La transcripción fue compartida a todos los participantes por correo electrónico. Para proteger la confidencialidad y el anonimato de los participantes, ninguna grabación rebela el nombre del

hablante. Cuando fue necesario, el investigador omitió datos que podrían llevar a identificar al hablante en especial cuando se refería a ejemplos de casos con su familia (identificadores secundarios conocidos por la facultad que coordina sus cursos).

Sesiones tipo Balint

Las sesiones de un grupo Balint se describen en la página 142. Se realizaron 18 sesiones de este tipo en total y los residentes de la segunda generación se integraron al grupo tipo Balint desde la sesión 13. Todas las sesiones fueron audio grabadas, transcritas, codificadas y compartidas con los participantes.

Notas de campo (Ver Anexo 7)

A lo largo del proceso, el investigador tomó notas de campo y llevó un diario con sus impresiones, intuiciones, preguntas, dificultades y errores percibidos. Diversas notas de campo fueron material de base para hacer memos reflexivos. Se llevó un registro de citas codificadas en Atlas.ti como “códigos investigador”. El propósito fue hacer el registro lo más pronto posible de ideas, situaciones, descubrimientos, carencias, estados de ánimo, que fueran detectados por el investigador como relevantes para la investigación o que le dieran material para ampliar en memos posteriormente.

Relación entre preguntas de investigación, datos, instrumentos y otras fuentes de datos

La Tabla 7 presenta la relación entre las preguntas de investigación, los datos que se requieren, las herramientas para obtención de los datos y el tipo de análisis realizado

Tabla 7. Relación entre preguntas de investigación, datos requeridos, instrumentos, fuentes y análisis de los datos

Preguntas de Investigación	¿Cuáles son los datos para contestar las preguntas?	Instrumentos y fuentes de datos	Análisis de los datos
Pregunta general			
¿Cuáles son los elementos en el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello?	Respuestas de los participantes durante las entrevistas Grabaciones de audio, notas de campo y relatos de los residentes durante el proceso educativo.	Grabaciones de grupos tipo Balint. Entrevistas semiestructuradas. Dibujos. Registros de foros. Notas de campo.	Teoría fundamentada constructivista
Preguntas específicas			
P1. ¿Cómo entienden la ecuanimidad compasiva los residentes participantes en el estudio?	Respuestas de los participantes durante las entrevistas principalmente.	Entrevistas semiestructuradas a todos los participantes, notas de campo, registros de foros	Teoría fundamentada constructivista
P2. ¿A qué elementos del proceso de enseñanza se puede atribuir el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva?	Grabaciones de audio, notas de campo y relatos de los residentes durante el proceso educativo.	Entrevistas semiestructuradas a todos los participantes, notas de campo, registros de foros	Teoría fundamentada constructivista
P3 ¿Cuáles son los significados que los residentes participantes atribuyen a la experiencia vivida en todo el proceso del curso?	Relatos de significados del curso y experiencias con pacientes en relación con la ecuanimidad compasiva	Grabaciones de sesión en grupos tipo Balint. Entrevistas semiestructuradas. Dibujos.	Teoría fundamentada constructivista

Nota: Tabla modificada a partir de una desarrollada por Rebeca Mejía-Arauz que nos compartió a sus estudiantes en un curso doctoral en febrero de 2021.

^a La tabla busca asegurar consistencia entre las preguntas de investigación, el tipo de datos necesario para responder las preguntas y las herramientas que se usarán para obtener los datos y las metodologías para el análisis.

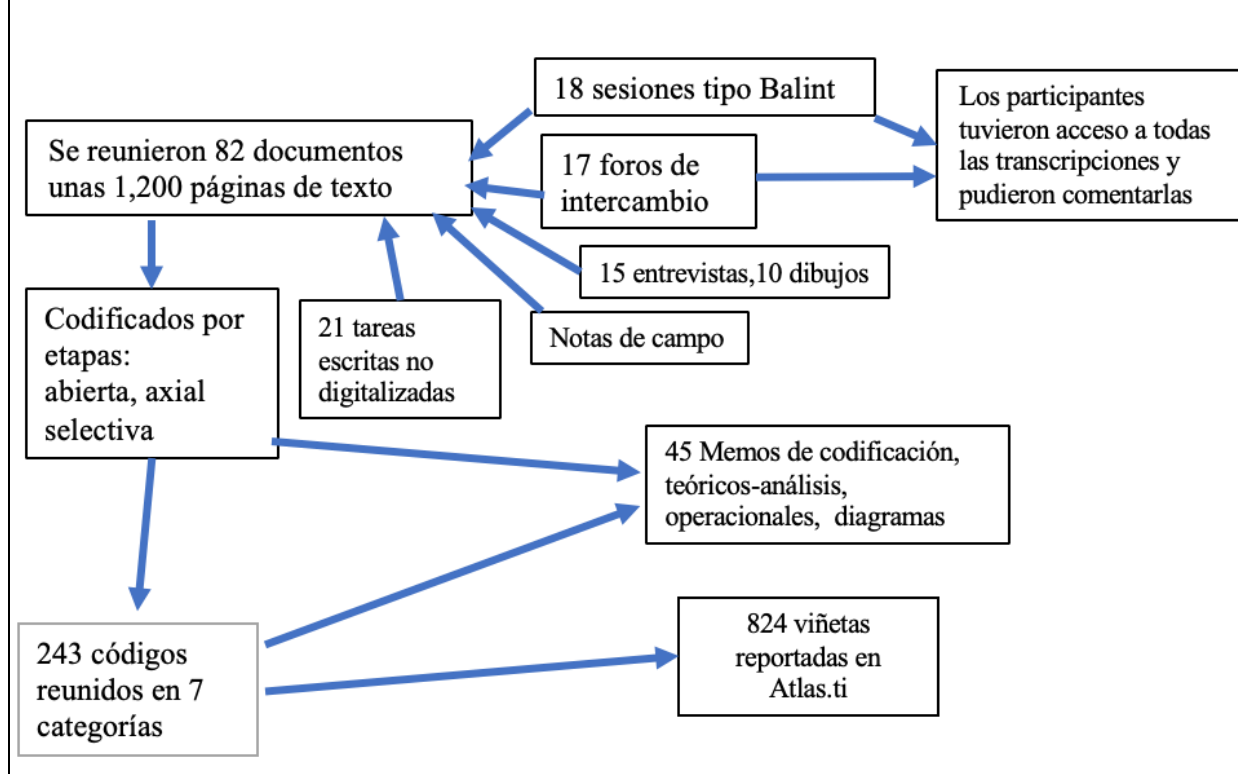
Sistematización de los datos recolectados.

Conforme se fueron recolectando los datos, se les digitalizó en archivos de texto. No obstante, 21 documentos impresos, manuscritos, tareas de los primeros meses del estudio y la libreta de campo del investigador se digitalizaron parcialmente, aunque las interpretaciones de estos quedaron registradas en memos analíticos. Los códigos y categorías surgieron de la revisión y análisis de los datos y la discusión de éste con los tutores que acompañaron el estudio. No se descartó la utilización de códigos o categorías preconcebidas, que se relacionan con la epistemología o el marco teórico que fundamentan la tesis. Los datos recolectados se procesaron con la ayuda del programa informático Atlas.ti versión 23.1

Corpus de análisis

El estudio reunió 82 documentos, 61 digitalizados e incluidos en el sistema Atlas.ti y 21 documentos (tareas y notas de campo) no digitalizadas que representaron aproximadamente 1,200 páginas de texto que fueron revisadas y analizadas para elaborar el reporte de resultados. Ver Figura 7.

Figura 7. Corpus de análisis de datos del estudio de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva



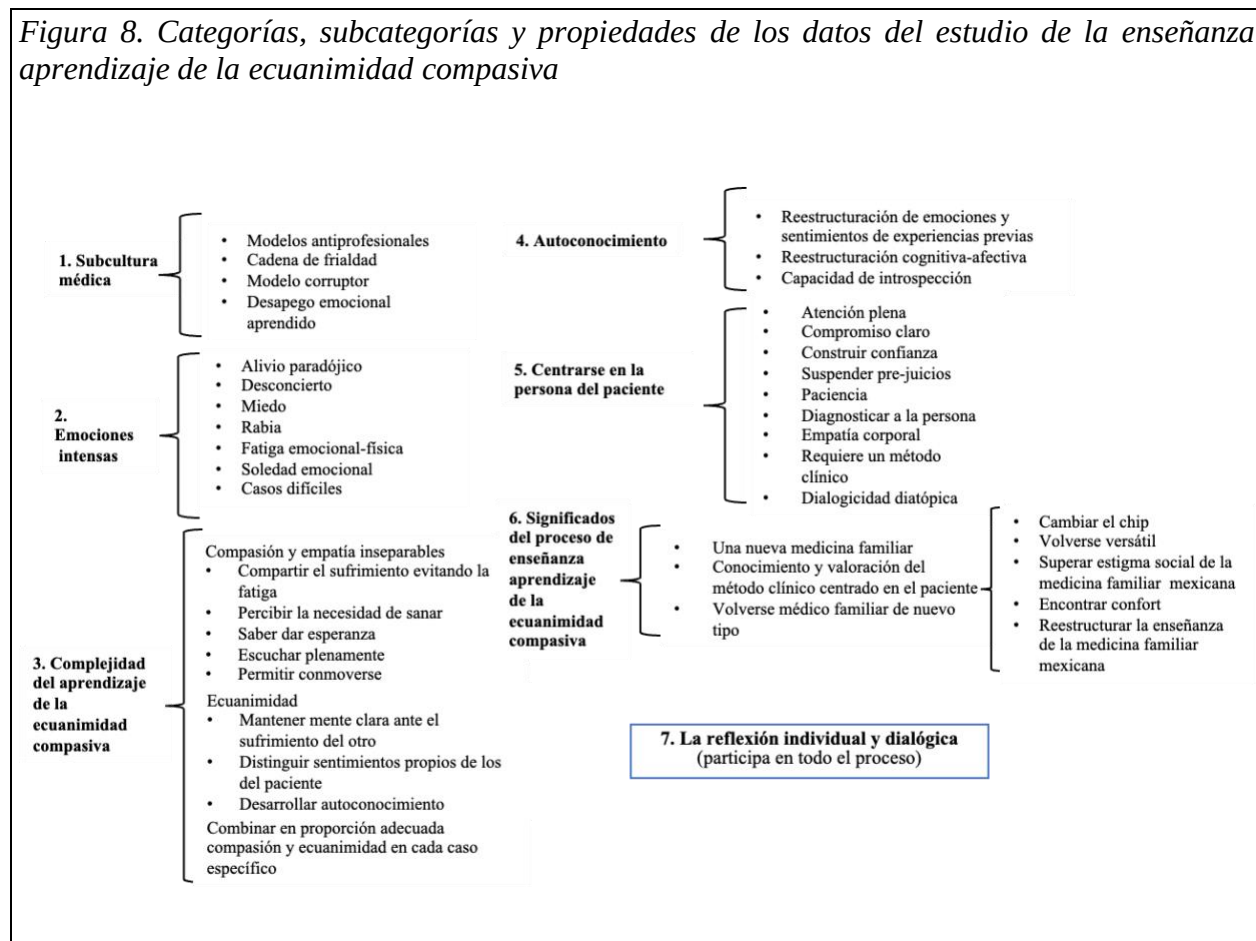
Análisis de los datos

Los 243 códigos fueron creados orientados por la pregunta:

¿Cuáles son los elementos en el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello?

Los procesos de comparación constante llevaron a la formación de 7 grandes categorías analíticas involucradas en el aprendizaje de la EC, que se muestran con sus respectivas subcategorías en la Figura 8. Ahí se destaca enmarcada la categoría *reflexión individual y dialógica*, porque participa en las otras 6 categorías.

Figura 8. Categorías, subcategorías y propiedades de los datos del estudio de la enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva



En la Tabla 8 se describen las definiciones de las siete categorías de análisis que responden a la pregunta principal de investigación y se presentan las subcategorías de cada categoría. La definición de las subcategorías se hace más adelante en la descripción de los resultados.

Tabla 8. Libro de categorías y subcategorías que configuran el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

Categorías que representan barreras para el aprendizaje		
Categoría	Definición	Subcategorías
Subcultura médica	Es una categoría teórica que abarca una red de relaciones de orden histórico cultural al interior del gremio médico, que incluye desde el ingreso a la escuela de medicina hasta la práctica profesional. En ese ambiente relacional se privilegia la atención de la enfermedad y las reglas del funcionamiento institucional, se deja de lado a la persona del paciente y se induce el desapego emocional del médico en formación.	Modelos antiprofesionales Cadena de frialdad Modelo corruptor Desapego emocional aprendido
<i>Emociones intensas</i>	Es una categoría compleja que al mismo tiempo que representa una barrera del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, es también el principal material de trabajo en la enseñanza aprendizaje de ésta. Esta categoría está contenida en los relatos de los residentes que expresan haber sentido emociones y sentimientos intensos en la práctica clínica y que no supieron como elaborarlos y manejarlos constructivamente en la relación médico-paciente.	Alivio paradójico Desconcierto Miedo Rabia Fatiga emocional-física Soledad emocional Casos difíciles
Complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva	La EC es una configuración subjetiva, compleja que se relaciona con tres subcategorías: 1. Compasión inseparable de la empatía. 2. La ecuanimidad. 3. Combinar en proporción adecuada compasión y ecuanimidad en cada caso específico.	1. Compartir el sufrimiento evitando la fatiga Percibir la necesidad de sanar Saber dar esperanza Escuchar plenamente Permitir conmoverse 2. Ecuanimidad Mantener la mente clara ante el sufrimiento del otro Distinguir sentimientos propios de los del paciente Desarrollar autoconocimiento 3. Combinar en proporción adecuada compasión y ecuanimidad
Categorías que representan favorecedores del aprendizaje		

Autoconocimiento	Es el reconocimiento de nuestras creencias conscientes acerca de nosotros mismos y la aceptación de sus consecuencias. Lo que implica que también tenemos creencias, emociones y deseos que no conocemos (Vidal, 2018; y Lazos, 2008) Es un aprendizaje sobre sí mismo, a la vez que una reestructuración de la identidad del yo.	Reestructurar emociones y sentimientos ligados a experiencias previas Reestructuración cognitiva Capacidad de introspección
Centrarse en la persona del paciente	Abarca expresiones que incluyen a los sentimientos del paciente, su experiencia de vivir con su dolencia y sus contextos familiar, comunitario y del trabajo, además de su padecimiento biológico en el contexto de la relación médico-paciente.	Atención plena Compromiso claro Construir confianza Suspender pre-juicios Paciencia Diagnosticar a la persona Empatía corporal Requiere un método clínico Dialogicidad diatópica
Significados del proceso de enseñanza aprendizaje	En esta categoría se reúne a aquellas frases, oraciones e ideas que contienen significados explícitos y no explícitos de los participantes respecto al proceso de enseñanza aprendizaje.	Una nueva medicina familiar Conocimiento y valoración del MCCP Volverse médico familiar de nuevo tipo (cambiar el chip, volverse versátil, superar estigma social de MFM, encontrar confort, reestructurar la enseñanza de la MF mexicana.
Reflexión individual y grupal	Es una categoría teórica que interviene en todo el proceso de enseñanza aprendizaje tanto en el lado de las barreras como los procesos que favorecen el aprendizaje. Se le considera expresión de pensar, meditar, considerar, recapacitar o repasar hechos presentes o pasados relacionados con el proceso de enseñanza aprendizaje.	No tiene subcategorías, se ilustra con ejemplos de reflexión individual y dialógica grupal, que se presentaron a lo largo de todo el estudio.

Rigor de la Investigación

¿Cuáles son los “lentes” con los que se observa el proceso de investigación? Son los de un médico que cree que se puede enseñar la ecuanimidad compasiva en la medicina en el currículo médico. Por ende, las predisposiciones y subjetividad personales van en ese sentido desde que se elaboraron las preguntas de investigación (“filtros” según Saldaña y Omasta 2018). Para reducir en lo posible que estos deseos se introdujeran en el doble proceso de profesor-investigador, la reflexión constante, las anotaciones en el cuaderno de campo, más la codificación de las intervenciones personales transcritas en todo el proceso, fueron recursos importantes para estar más consciente de los posibles sesgos interpretativos y para orientarse más hacia la investigación que hacia la docencia en el proyecto.

Registros de códigos del investigador

Una forma de controlar la predisposición del investigador es codificar sus intervenciones en las entrevistas, así como codificar las notas de campo. Y así se hizo bajo un código denominado “Códigos investigador” que reúne 51 citas en Atlas.ti., en el Anexo 7 puede verse parte de estos registros.

Registros compartidos con los participantes y validación de resultados

Las transcripciones de los audios de todas las sesiones tipo Balint y de los foros fueron devueltas a los participantes para que verificaran su congruencia y precisión, desde su óptica y se comentaran libremente en la siguiente sesión. De esta manera, los participantes, el investigador y los tutores contaron con acceso a los datos originales. Al final de la recolección de datos cuando se hicieron los primeros memos amplios de análisis de cada categoría, el investigador compartió

con los participantes vía correo electrónico un memo que analiza los memos en cuestión (ver Anexo 5) este memo preparó las dos últimas entrevistas grupales de febrero de 2023.

Definición dialógica de códigos

Durante todo el proceso de investigación hubo reuniones semanales de 2 horas con dos tutores y el investigador. Ahí se compartieron la totalidad de las transcripciones del estudio y se discutieron los nombres de las etiquetas creadas inicialmente por el investigador. En la codificación inicial hubo acuerdo general o pocas diferencias entre los tres. En la fase de codificación axial hubo diferencias importantes, mientras que el investigador codificaba exclusivamente a partir de los datos transcritos, un tutor privilegiaba códigos y categorías teóricos. Por consenso se determinó como categoría eje la que presenta la pregunta original de investigación, el aprendizaje de la EC. En general hubo acuerdos por consenso en la creación de categorías tanto teóricas como categorías más abstractas a partir de los datos y del esquema analítico que relaciona entre sí las categorías finales. Las diferencias se explican en buena medida por el perfil profesional interdisciplinar de los tutores y el investigador.

En el siguiente capítulo, se presentan los resultados obtenidos luego de un continuo proceso de análisis, que ha implicado la codificación y sistematización de los datos, su comparación y organización. Este proceso inductivo y deductivo ha sido una constante revisión de los datos, la teoría, la interpretación del investigador, la discusión y reflexión con los tutores, así como, con los participantes; en un proceso continuo de ir y venir entre los datos y la teoría.

Se tiene presente en todo momento el marco interpretativista. Al final de múltiples ciclos de revisión, lo que se presenta es la interpretación del investigador dentro de un marco normado por un proceso tutorado.

Capítulo 4. Resultados

Este informe da cuenta de los procesos de aprendizaje que favorecen y que obstaculizan la enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva de los residentes de medicina familiar participantes de este estudio y de cómo se presentaron estos procesos durante el desarrollo del programa educativo diseñado con ese propósito.

Mapa analítico que guía la presentación de los resultados del estudio

En la Figura 8, se aprecia el esquema analítico que se construyó para la organización, sistematización y comprensión del proceso de aprendizaje de la EC. Como ya se señaló, se identificaron 7 categorías principales: tres que se comportan como barreras del aprendizaje (*subcultura médica, emociones intensas y la complejidad del objeto de aprendizaje*) y cuatro categorías-procesos que favorecen el aprendizaje (*autoconocimiento, centrarse en la persona, significados del proceso y reflexión individual y dialógica grupal*).

Se explica primero lo relativo a la categoría de *reflexión individual y dialógica* porque participa de forma transversal en el proceso dinámico de barreras-facilitadores del aprendizaje de la EC motivo de este estudio.

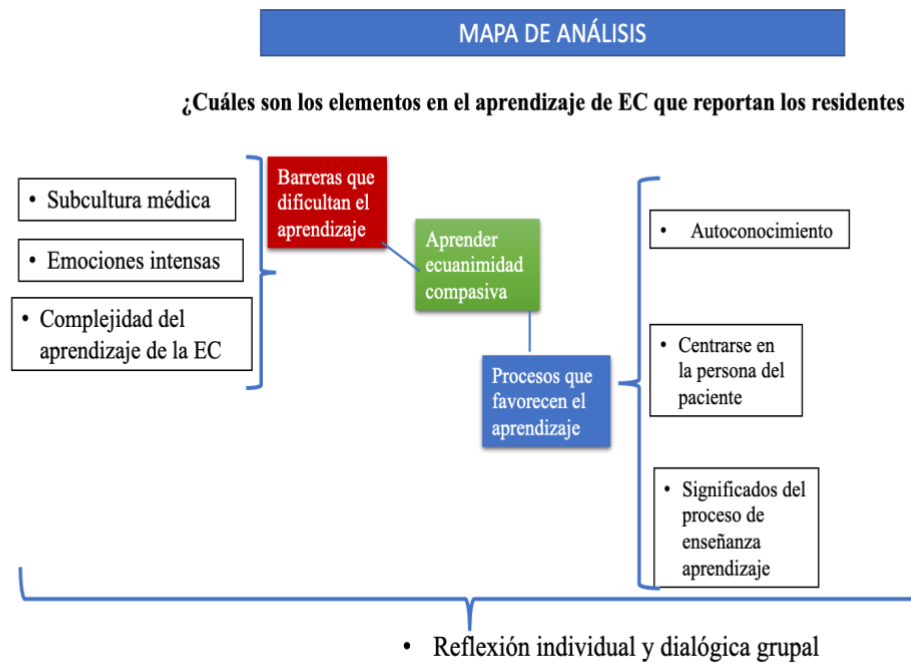
La *reflexión individual y dialógica grupal* relaciona a todas las categorías y sus subcategorías como aparece en el mapa de análisis mostrado en la Figura 9. La reflexión individual y dialógica funciona a manera de una matriz fluida en la configuración dinámica y plástica de la estructuración y reestructuración de diversas formas de conocimiento, a la manera del proceso de remodelación continua de la matriz ósea de los seres vivos complejos, donde el crecimiento y desarrollo mantiene mediante su actividad osteoclástica y osteoblástica el retiro-depósito del calcio

necesario en la matriz ósea para mantener huesos funcionales, hacerlos crecer y repararlos en un proceso vital del sujeto.

La reflexión individual y dialógica grupal sería como las enzimas catalizadoras que ayudan a disolver las barreras del aprendizaje que se oponen al aprendizaje de EC, pero que, a la vez, facilitan los procesos de comprensión de la EC y sus implicaciones para la relación médico paciente, que lleva a la construcción de una identidad de médico familiar de nuevo tipo, una medicina familiar donde las emociones y sentimientos del paciente son reconocidas, reflexionadas y procesadas en beneficio de ambos participantes en la relación.

En la Figura 9 se pueden apreciar las relaciones generales entre estas categorías, que se irán ampliando en la exposición de cada una de ellas, a partir de la ilustración de éstas con viñetas representativas.

Figura 9. Mapa analítico de los datos del estudio de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva



Nota: El análisis de los datos se enfoca en la pregunta ¿cómo se aprende la EC?, y parte de la identificación de categorías que funcionan como barreras frente a otras que funcionan como procesos que favorecen el aprendizaje. El mapa analítico destaca el papel de *la reflexión individual y dialógica grupal* que se explica en el texto.

Los resultados se presentan empezando con las tres categorías que dificultan el aprendizaje de la EC y posteriormente se describen las cuatro categorías que lo favorecen.

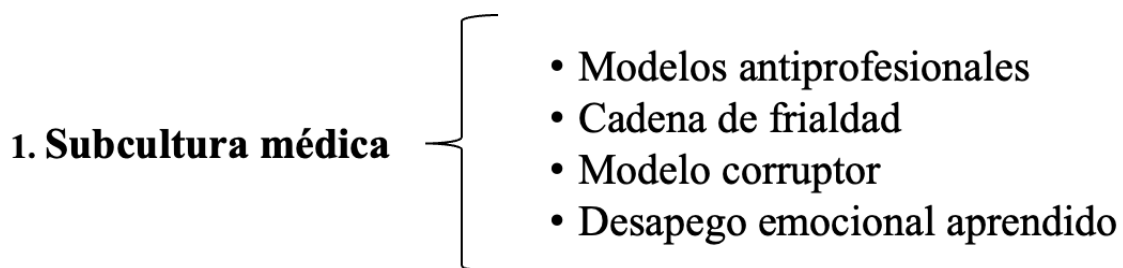
Las siete categorías de análisis de este estudio

Subcultura médica

Subcultura médica es una categoría de alto grado de abstracción que abarca una red de relaciones de orden histórico cultural al interior del gremio médico, que incluye desde el ingreso a la escuela de medicina, hasta la práctica profesional. En ese ambiente relacional se privilegia la

atención de la enfermedad y las reglas del funcionamiento institucional, se deja de lado a la persona del paciente y se induce al desapego emocional del médico en formación. El esquema de la Figura 10 ilustra la estructura de la categoría de subcultura médica y las subcategorías que la constituyen: *modelos antiprofesionales*, *desapego emocional aprendido*, *cadena de frialdad* y *modelo corruptor*.

Figura 10. Ilustración de las subcategorías de la subcultura médica



Modelos antiprofesionales. Esta subcategoría incluye ejemplos opuestos al profesionalismo médico que se explicó en el marco teórico. Los *modelos antiprofesionales* enseñan la indiferencia o insensibilidad de los tutores clínicos o profesores en algún momento de la educación de pregrado, así como en la práctica clínica de los servicios de salud, incluyen el desenvolvimiento con desapego o distanciamiento emocional. También se incluyen en esta subcategoría las muestras verbales y no-verbales de irritación de los tutores clínicos. Este proceso de formación configura un modelo no profesional o *modelo antiprofesional*, al que se ven expuestos los médicos en formación en el pregrado y en las residencias de especialidad. Las

siguientes viñetas ejemplifican *modelos antiprofesionales*, dentro de la categoría de *subcultura médica* como barrera del aprendizaje de la EC.

R-54: ...abundando pues a la experiencia de R-73, a mí en lo personal, en pediatría, me llama la atención como después de tantos años ... que tiene la doctora [risas] sea tan... la palabra es grosera, grosera con las mamás. Les habla fuerte, y ayer, de las doce consultas que tuvimos, tres mamás se fueron enojadas... molestas. Agarraron sus cosas y literal dijeron "gracias" y se salieron. 27:6 ¶ 8 en R1-2aG-comunicacion-4-mayo-22.docx

R-54: ... me llamó la atención un caso de lactancia, se enojó mucho la mamá porque le decía la doctora "es que tienes que darle cada 3 horas". Y la mamá era nutrióloga y decía "es que yo le voy a dar a libre demanda a mi bebé, "le voy a dar cuando el bebé me pida". Y el motivo de consulta es que le había vomitado mucho. Y decía, "es que tiene reflujo gastroesofágico, dele algo" [un medicamento antiemético]. "¿Y tú por qué le estás diagnosticando reflujo gastroesofágico?" [dice la pediatra a la mamá-nutrióloga]. Y empezó a confrontarla, porque desde que le dijo que era nutrióloga, como que a la doctora le generó un conflicto...27:7 ¶ 8 en R1-2aG-comunicacion-4-mayo-22.docx

En las citas previas es patente la irritación del médico que da la consulta y puede apreciarse que el residente que relata el caso observó el estado afectivo del médico (“les habla fuerte”) y de las pacientes (“tres mamás se fueron enojadas molestas”). El contenido verbal refleja que el médico tratante se dejó llevar por su irritación, lo que parece la culminación de una actitud primero insensible, con distanciamiento emocional, es decir sin empatía; la indiferencia ocupó el espacio relacional y llegó hasta la irritación manifiesta. El residente notó que el hecho de que la paciente fuera nutrióloga precedió a la irritación; en este ejemplo negativo para el residente, la pediatra no

aprovecha que la madre de su paciente tiene conocimientos profesionales sobre la nutrición, que es la situación más favorable para el beneficio del niño.

La forma como los residentes vieron los ejemplos de *modelos antiprofesionales* antes del inicio de las sesiones en el grupo tipo Balint, fue expresada en una entrevista a los 8 meses de inicio del curso, cuando se les preguntó cómo veían el curso hasta ese momento:

R-38: ...yo creo que vamos bien. ...vamos a hacer el ejemplo de los profesores, ...para que vean la diferencia de lo que sí se puede hacer...no es: "hagan esto, hagan lo otro". Pero al final de cuentas ellos no lo practican, cómo haces, cómo tú dices: "Ve y haz esto", si yo no lo hago.7:16 ¶ 36, Cita en entrevista-R38-5-NOV-21.docx

Lo dicho por R-38 parece traducir que los residentes perciben con claridad las incongruencias de los modelos de rol con respecto al discurso formal de diversos profesores. No obstante, R-38 se muestra dispuesto a mostrar que es posible otra forma de conducta.

Cadena de frialdad. Una característica negativa de la subcultura médica fue registrada en un código in vivo como *cadena de frialdad*, que trata de expresar el rol de tutores o médicos de mayor jerarquía que los residentes, que actúan en franco desapego afectivo con sus pacientes frente a estudiantes y residentes, lo que se convierte en una especie de guion modelo para los médicos recién incorporados a los servicios de salud.

R-38: ...en la escuela te dicen que tú no puedes expresarte, no puedes llorar enfrente de tu paciente o externarle tus sentimientos porque eres un ejemplo y te tienes que ver frío. A mí me dijeron que el médico era frío, nunca debe uno llorar, "que la paciente te causa que tu llores, no te deben de ver llorar". A mí eso me costó. Los médicos me decían "tú tienes que comportarte frío, si la

paciente se murió, se murió, y tú no tienes que llorar al lado de la paciente.”

09:31 43:9 ¶ 8 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

R-73: ...el ejemplo de cómo nos afecta la cadenita de la persona superior tuya. Una persona que no voltea siquiera a ver a los pacientes, una persona fría. Y cómo va afectando las generaciones más abajo, lo digo por mí, como afecta al entorno familiar y el entorno social y luego lo sigues dando... 43:11

¶ 9 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

En las dos viñetas previas se ven ejemplos de dos problemas identificados en la medicina familiar académica. En la primera, se puede ver que el médico es inducido a suprimir sus emociones y sentimientos, “no debes sentir y menos te deben ver llorando los pacientes, debes ser un ejemplo”. ¿Ejemplo de qué? ¿Un ejemplo de un profesional con sus emociones atrofiadas, no desarrolladas? (McWhinney, 1996). En la segunda, se aprecia que el problema que se genera con esta *cadena de frialdad* que se propaga por las generaciones de médicos, son las afectaciones en los entornos relacionales del médico que ha atrofiado sus emociones (Ramírez-Villaseñor I. , 2018)

Un descubrimiento inesperado fue que los ejemplos de roles negativos pueden llegar a ser extremos y que el médico se comporta como una sustancia “nocebo” incluso “corruptora” que causa daño a sus pacientes.

R-54: ...Hay casos de psiquiatras que tienen [pacientes con] niveles de suicidio elevados, por la forma tal vez errónea o enfermiza, ¡no sé!, de cómo pueden llegar a manipular la mente de una persona y que tanto las conocen, de tal forma que decidan mejor... la puerta, la salida por el suicidio. 26:21 ¶ 14 en R1-2aG-sufrimiento-sanación-20-Abril-2022.docx

Cómo se observa en la viñeta previa existe el riesgo involuntario de causar daño, pero también, podrían existir casos de médicos malvados, algo que cuesta trabajo imaginar pero que ha sido abordado en la literatura médica (Loayssa-Lara, Ruíz-Moral, & García-Campayo, 2009).

Modelo corruptor. Dentro de *subcultura médica* también se encontró la subcategoría *modelo corruptor*, que describe el cinismo de médicos de mayor jerarquía que perturban severamente el desarrollo empático de los médicos en formación. Las siguientes viñetas ilustran este aspecto corruptor de la *subcultura médica*, que en un extremo hace decir a los residentes que las instituciones de salud son un mal necesario para la formación profesional:

R-54... yo creo que muchos de los que estudiamos medicina, lo hicimos para ayudar a los demás. Digo, es un cliché, porque cuando te preguntan el primer semestre "¿Por qué decidiste estudiar medicina?" todo mundo decimos: "porque queremos ayudar a los demás".y ¿qué te dicen los mismos maestros? "No quiero escuchar esas pendejadas, todo mundo dice que, para ayudar al mundo, no, no, no, te dicen: ¡para hacer billetes!" 54:11 ¶ 13 en Balint-16-08-nov-2022.docx

R-38: ... vas viendo comportamiento de otros médicos y tú puedes decir: "yo no quiero ser así o quiero ser diferente". Pero al final de cuentas, como que te corrompe la misma forma de trabajar... "yo no voy a actuar así" y actúas igual que los mismos médicos que tuviste de ejemplo. Creo que, desde el nivel educativo, desde ahí, estamos corrompiendo a los estudiantes, pues vas con una idea y al final de cuentas terminas con otra... " 43:7 ¶ 8 en Balint-14-5-Oct-2022.docx"

R-54: ... creo que las instituciones públicas son un mal necesario para la educación de los doctores. ...la realidad es que la institución pública en México es la que forma residentes. No creo que abonen a la ecuanimidad compasiva. Creo que más bien, está en uno, cómo residente, cómo estudiante, el

aprender que es lo que no debo hacer... 45:12 ¶ 37 en R1-2G-cine2-31-ags-2022.docx”

Las expresiones de los residentes en los párrafos previos tienen alto contenido simbólico, el primero, un evento inesperado, abusivo, un profesor con el poder que ridiculiza las aspiraciones de los estudiantes, al tiempo que minimiza sus valores humanistas.

La segunda viñeta muestra que el residente no ha encontrado modelos que seguir, solo ha visto los que no desea seguir, los considera modelos corruptos; se podría decir que está en busca de un modelo que tiene que imaginar porque no lo encuentra de forma tangible.

La tercera viñeta muestra una conclusión contundente de lo que un residente ha experimentado en diversas instituciones públicas de salud, “son un mal necesario para la educación médica que no abonan al aprendizaje de la ecuanimidad compasiva”.

Estas tres viñetas se pueden ver como correlatos entre sí. El médico en formación percibe que hay una conducta incorrecta, no ética y trata por sus propios medios de no emular esas prácticas. Pero si no tiene los puntos de soporte para una visión integral alternativa podría caer en una especie de dicotomía forzada de su identidad, algo así como el desarrollo de dos personalidades en un solo ser; en una, el médico sometido a una subcultura emocionalmente negativa y en otra, la persona que trata de preservar sus ideas originales que le llevaron a aspirar a ser médico.

Desapego emocional aprendido. En la siguiente viñeta se ilustra el *desapego emocional aprendido*; el caso es de una madre que lleva a su niña a consulta porque tiene cefalea persistente y el propio residente no percibe que está cuestionando la oportunidad del momento de la consulta, antes que verificar la posible gravedad del caso. Esta actitud es común en la educación médica que enfatiza que los pacientes frecuentemente acuden tardíamente a la consulta y hacen más difícil su

tratamiento. El residente asume una conducta reprobatoria aun sin conocer el contexto familiar, comunitario y social de la paciente; tampoco muestra empatía con una madre que por algún motivo ha pospuesto la atención de un síntoma importante y que ahora le es urgente.

R-54: ...me pasó con una señora que, según eso, su niña tenía epilepsia desde hace tres años, y le urgía el pase a neurología, pero hace tres años había presentado una crisis epiléptica. Y le dije, ¿por qué no la trajo hace tres años? “porque le pasó solo una vez, pero este año le pasó dos veces”. Y luego trae unos dolores de cabeza bien fuertes, empezó a decir la mamá. Y ¿ha estado enferma o cosas así? “¡No!, pero yo quiero que le dé pase a neuro, yo quiero que me la revise neuro”. Y luego la doctora le pregunta a la niña ¿Oye te ha dolido la cabeza, te has sentido mal, te has sentido ansiosa? Y voltea (la niña) con la mamá con ojos así abiertos, y la mamá dice: “Si, si te has sentido mal”. La pediatra dice: “¡No señora yo quiero que me responda su hija!” “No, pero yo le estoy diciendo las cosas” y la pediatra dice: “pero yo le estoy preguntando a su hija”. Entonces empezaron a tener ahí un conflicto... 27:11

¶ 11 en R1-2aG-comunicacion-4-mayo-22.docx

La viñeta previa se extrajo de un foro a dos meses del inicio del curso RAVI-JAL, en ese momento R-54 no sabía que una de las principales preguntas que un médico familiar centrado en la persona debe hacerse es ¿por qué viene el paciente justo ahora? ¿Qué significa para el paciente y su mamá en este caso, el problema por el que consulta? (Freeman, 2016). De manera que se puede deducir que R-54 actúa con lo aprendido en la escuela de medicina y su experiencia previa al curso. En la viñeta también se muestra que su tutor hace una pregunta a la niña con respuesta inducida y después se confronta con la madre que responde. En medio de eso, el residente advierte la pista -muy importante- de la mirada con ojos muy abiertos que da la niña a su madre. Nada de

esto es retomado por su tutor que termina convirtiendo una “consulta de ceremonia” en una “consulta de drama” (McWhinney & Freeman, 2009) que no tuvo un buen desenlace.

Los residentes citan experiencias donde perciben la irritación del tutor clínico frente a los pacientes; esas vivencias pueden ser oportunidades para aprender que al médico le hace falta desarrollar autocontrol afectivo. La viñeta que sigue trata de ilustrar la percepción de los residentes:

R-73: ... como que llega a su límite [el médico] y siguen muchas mamás prepotentes: ¿me va a atender sí o no? ¡Ni siquiera buenos días! y dice la doctora: "otra cosa sería que llegaran buenos días doctora, disculpe, se me hizo tarde, ¿me puede atender?" Pero llegan "¿Me va a atender sí o no? ...la doctora se queda... "No, no te voy a atender", "como me piden las cosas, como yo las doy" 27:10 ¶ 11 en R1-2aG-comunicacion-4-mayo-22.docx"

El relato del residente tiene el significado implícito de que los pacientes deben actuar siempre de una manera amable con el médico y que de no suceder eso, el médico tiene derecho a tratarlos de la misma forma con la que el paciente se dirige a ellos. Esto podría dar pie a ciclos de empeoramiento de la molestia hasta llegar a la ira y la generación de ríspidas discusiones como de hecho ocurre. La respuesta del médico: “en el modo de pedir está el dar” es una frase común en la cultura popular mexicana que no es apropiada para un profesional de la salud. En esta frase se resume la claudicación del médico a volverse un profesional capaz de manejar adecuadamente los estados emocionales del paciente y los propios, para beneficio de la relación terapéutica y la salud de ambos. Esta expresión muestra cómo la cultura como contexto general se imbrica con la *subcultura médica*, que ejerce un poder diferencial sobre los pacientes.

Esta *subcultura médica* que se describe es negativa para el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva y se condensa en una actitud que podría denominarse *desapego emocional aprendido*, que se internaliza y normaliza en la subjetividad de los residentes en expresiones como “es un caso interesante”, refiriéndose a situaciones donde el paciente tiene serios problemas de salud; una expresión incompatible con la compasión, dado que ve al paciente como una entidad biológica despersonalizada y, mientras más complicado el diagnóstico y el tratamiento, más meritoria la hazaña del médico que lo resuelve (un mensaje implícito muy frecuente en las aulas médicas). El desapego emocional aprendido proviene desde la enseñanza de las ciencias básicas en la escuela de medicina, algo que es muy conocido en la educación médica, como ha sido descrito en el marco teórico:

R-54: ...nos enseñan en la carrera a no involucrarnos, eso me llamó mucho la atención en el capítulo, dice, en parte es cierto, no te involucres con el paciente. 26:24 ¶ 6 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx

R-69: Lo que me llamó más la atención, si fue todo el caso completo, pero el punto un poco más importante para nosotros es que en la facultad realmente no nos enseñan cómo manejar ese tipo de situaciones. Bueno en mi caso, si tenemos 2-3 semanas de tanatología, pero hasta ahí, y era muy superficial. 30:5 ¶ 10 en Balint-9a-18-mayo-2022.docx

R-69: Son cosas que la medicina biológica no nos enseña. Y ahorita que estamos entrando un poquito más a la persona, al paciente, pues si tenemos... cómo... obligación de tener ese “clic” con el paciente y ese sentimiento personal para poder dar una noticia de forma adecuada ... porque si no sabemos que está pasando con nuestros propios sentimientos ¿cómo vamos a... solucionar los sentimientos de los demás? 30:6 ¶ 10 en Balint-9a-18-mayo-2022.docx

Hasta aquí, se puede decir con fundamento en los resultados que el conjunto de elementos compuesto por la educación médica del pregrado médico y el sistema jerárquico con el que funcionan las instituciones de salud -únicos espacios disponibles para cursar una especialidad médica y que fueron agrupados bajo la categoría de *subcultura médica* se comportan como barreras estructurales para el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.

Emociones intensas

Emociones intensas es una categoría compleja que al mismo tiempo que funciona como barrera para el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, es también el principal material de trabajo del proyecto educativo. Aprender a modular los estados emocionales en contextos de alta emotividad es un paso determinante en el aprendizaje de la EC. Esta categoría está contenida en los relatos de los residentes que expresan haber sentido emociones y sentimientos intensos en la práctica clínica que no supieron como elaborar y manejar constructivamente en la relación médico-paciente. En la Figura 11, se presentan diversos aspectos de esta categoría y como surgen en situaciones de la práctica clínica.

Figura 11. Las subcategorías de emociones intensas

2. Emociones intensas

- Alivio paradójico
- Desconcierto
- Miedo
- Rabia
- Fatiga emocional-física
- Soledad emocional
- Casos difíciles

Nota: Esta categoría tiene un papel complejo, porque al mismo tiempo que se opone al aprendizaje de la EC, es también la materia principal de trabajo para los procesos que permiten aprenderla.

La categoría está construida a partir de los datos obtenidos en los diversos registros del estudio y no pretende ser una descripción exhaustiva de la gama posible de emociones y sentimientos intensos que pueden ocurrir en el contexto clínico. Es importante subrayar que las emociones y sentimientos intensos experimentados en el contexto clínico pueden llevar tanto a la atrofia emocional como al aprendizaje de la EC; es decir, si no son reflexionadas individual o dialógicamente, obstruyen el desarrollo emocional, si son procesadas de forma adecuada son el punto de partida para aprender la EC.

Alivio paradójico. Es una emoción/sentimiento (de aquí en adelante se usará emoción) intenso que se detectó tempranamente en el estudio y que está ligada a situaciones contradictorias, como el alivio paradójico, donde se expresa consuelo afectivo en situaciones a simple vista negativas como la muerte de un paciente, en este caso, de un personaje femenino de unos cortos

de cine, en el que se muestra, desde su proceso del diagnóstico de cáncer de ovario, su penoso curso posterior con tratamientos severos, hasta su agonía y muerte. Las viñetas muestran emociones de felicidad-tristeza juntas, en el sentir del residente:

R-38: (...) Y queda uno triste de ver al paciente de... cómo estuvo sufriendo desde su enfermedad... 2:8 ¶ 18, Cita en Transc-Foro-Videos-13-oct.docx

Es posible inferir que R-38 mantuvo una conexión empática con el personaje del video y que compartió el sufrimiento de la paciente, situación que se alivia cuando la muerte del personaje termina con su sufrimiento. No obstante, el sentimiento de tristeza no desaparece del todo. Es oportuno señalar que la reflexión ocurre ante la exposición a un corto de cine que demuestra la utilidad de la técnica de cinemeducation.

Desconcierto. En el siguiente ejemplo, en una sesión tipo Balint, R-73 comparte un caso de la consulta en la que una paciente de 72 años, inesperadamente les dijo a los médicos que fue violada por su padrastro a los 5 años y a los 14 años por un tío; la dramática revelación ocurrió cuando R-73 estaba haciendo una historia clínica general de la paciente en un servicio de gerontología. Este relato muestra cómo las *emociones intensas* derivan en ocasiones en *desconcierto* del clínico, momentos en que el médico no sabe cómo proceder en un caso específico, donde su capacidad de decisión se ve nublada:

R-73: ... me movió demasiados sentimientos, por el hecho de... como que me traté de poner en su lugar y a la vez no porque yo sabía que si me ponía en su lugar, me iban a entrar muchos sentimientos muy a flor y la verdad no supe cómo manejar la consulta... y pues bajé la mirada porque de verdad en esos momentos no sabes que hacer, ni que decirle fue un momento de silencio de los cuatro que estábamos en la consulta ninguno de los cuatro supo que hacer y efectivamente, no sabes que decir... 46:3 ¶ 14 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

R-73 muestra su ambivalencia. Quería ser empática y compasiva, pero al mismo tiempo reconoce que tal postura involucra sentimientos intensos, por lo que se queda en un espacio de indecisión; no solo es su caso, sino el de los otros tres médicos que estuvieron en la consulta incluyendo el tutor clínico. La respuesta de los cuatro fue el distanciamiento afectivo debido al *desconcierto* movido por *emociones intensas*.

Miedo. Al discutir este caso clínico en la sesión, uno de los residentes participantes en la sesión se mostró reacio a dar continuidad al relato de la paciente, guiado por el miedo de causarle daño:

R-54: Posiblemente destapar esa cañería, esa cloaca, pueda generar otro tipo de problemas más adelante. (...) Lo ideal obviamente sería limpiar esa herida, pero creo que se necesita mucha preparación, mucha paciencia y, sobre todo mucha...pues eso preparación para poder abordar de forma directa. Yo creo que nosotros no tenemos el conocimiento ni de psicología, ni de psiquiatría, como para poder apoyar mucho a este tipo de pacientes.” 46:8 ¶ 20 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

La postura de R-54 es el distanciamiento afectivo guiado por el miedo de causar daño a la paciente, lo que bloquea su capacidad compasiva. El argumento aportado por el residente para no comprometerse con la paciente es común entre los médicos familiares. Esta explicación se sustenta en el dato que otro residente aportó en una entrevista, cuando aún no iniciaba su participación en los grupos Balint. Al preguntarle que había descubierto en el curso hasta ese momento, expresó:

R-37: ... permitirse como sentir lo que el paciente está sintiendo, porque muchas veces nos generamos el bloqueo de que no dejarnos sentir más allá... por miedo, porque no sabemos cómo controlar las emociones, no tenemos esa

introspección, entonces, como saber bien... cómo manejar esas situaciones, desde otra perspectiva.

Rabia. Es socialmente difícil admitir que estamos dominados por la rabia, la ira (intensos deseos de agredir a otro), debido a que esta emoción prepara para el ataque, mientras que el miedo prepara para la huida. Aunque ambas son emociones con componente simpaticotónico tienen significados socialmente divergentes (Ciompi, 2007). La segunda sesión Balint a los 8 meses del curso, fue el escenario donde un residente compartió un relato que había tenido presente desde el internado de pregrado:

R-38: Emanuel, todavía me acuerdo mucho de él, “Cierra tus ojos”, y le dije: “Cierra tus ojos y respira por tu nariz y saca el aire por tu boca”, y me decía: “Es que, si yo hago eso, yo siento que me muero”. Entonces cada vez... cuando yo me acercaba con él y le dije: “Te voy a picar para hacerte un... un examen ahorita de urgencia”, me agarraba mi mano y me decía que no lo dejara yo morir. Entonces ... yo le dije: “No, pues no te vas a morir. Aquí vamos a estar. Aquí voy a estar contigo...” 11:5 ¶ 15 – 16, Cita en Transc-BALINT 2a sesion-24-nov-21.docx

“Emanuel” falleció en medio de un intenso drama en el hospital, un hecho que R-38 recordaba vívidamente cuando lo relató:

R-38: Me dijeron: “dale, RCP”, pero ya el paciente estaba muerto con los ojos abiertos todavía. Y me acordaba todo lo que me decía y empecé a llorar, empecé a llorar... mi amiga, la de cirugía, me dice: “Que te ayude ella a darle RCP”, yo ya no podía. Y sentía como enojo, veía a todos con coraje. Y tuve que salirme, me salí. 11:10 ¶ 21 – 22, Cita en Transc-BALINT 2a sesion-24-nov-21.docx

Ver que se muere uno de tus pacientes dentro de un hospital que cuenta con los recursos para que eso no ocurra generó intensa rabia en R-38 y precipitó su llanto. A la rabia se le asoció el

sentido de falla de no poder contener las intensas emociones como se enseña a los médicos. En esta circunstancia es razonable la decisión de salirse del sitio, poner distancia física cuando no es posible en el momento la distancia que da la ecuanimidad. Esta es una reacción común en estudiantes y médicos jóvenes (Helmich, et al., 2018)

Fatiga emocional-física. Otra subcategoría de las *emociones intensas* es la *fatiga emocional-física*, que se entiende como el cansancio emocional o físico percibido por los residentes a consecuencia de compartir el sufrimiento de los pacientes y sus familiares (ser empático) y que obstruye el desarrollo de un compromiso emocional con ellos. Dicho en menos palabras, es la afectación del médico por ser empático emocional y cognitivamente, es decir, compasivo, pero en ausencia de ecuanimidad.

R-54: ...está muy padre [bien, adecuado] para el paciente conectar con el médico, o que el médico... incluso sea su albacea... o su sacerdote, casi, casi... con quien desahogarse, pero sí tiene un costo para el médico. Porque al final no somos inmunes al sufrimiento ajeno. 26:8 ¶10 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx

R-73: ... siento las energías porque me pasó mucho cuando estaba haciendo el servicio social... llegaba la gente, no platicaba mucho, ni metía muchas cosas del paciente, pero yo llegaba a mi casa con náuseas, dolores de cabeza, me dolía el estómago, llegaba súper mal, me la pasaba dormida todo el día con un cansancio extremo... 26:16 ¶12 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx”

Estas dos viñetas confirman lo que el sentido común sabe, que exponerse al sufrimiento de las personas puede ser fatigoso, extenuante; de aquí que sea visto por algunos médicos y estudiantes como algo que habrá que evitar en todo lo posible. De ahí viene el consejo de “no te

involucres” emocionalmente con los pacientes. En la medicina familiar académica se plantea que hay involucramientos adecuados y otros inadecuados y que lo que distingue a los primeros es el autoconocimiento del clínico (McWhinney & Freeman, 2009).

Soledad emocional. ¿Qué hacen los médicos con las *emociones intensas* a las que se ven expuestos en su práctica? De particular trascendencia es el descubrimiento de la soledad emocional. Consiste en la ausencia en los sistemas de salud de medios formales para poder procesar las *emociones intensas* que se suscitan en su práctica y que hace que los clínicos recurran a sus familiares y otros cercanos, para descargar, que no procesar, los sentimientos que acumulan al atender a sus pacientes. En el siguiente ejemplo el médico que atendió a una paciente hasta su muerte por falla renal y que tuvo que soportar las agresiones verbales de un familiar de esa paciente, pasó por una etapa larga donde las *emociones intensas* fueron muchas y de dos fuentes, el sufrimiento compartido de la agonía de su paciente y la ira reprimida contra el familiar insolente. Aquí su relato de cómo alivió sus *intensas emociones* en medio de la soledad afectiva institucional:

R-54: Ella ... Falleció tranquila ... [murmura] no me pude desahogar con nadie, es la primera vez que lo platico [risa fuerte] con alguien fuera de mi círculo de mi familia, y se siente bien, obviamente sentí impotencia por no poder desahogarme y decirle sus verdades al tipo este...” 41:3 ¶ 16 en Balint-13-conjunta-28-sep-2022.docx

R-54 recurrió a su esposa, a su familia para compartir sus *intensas emociones* y sentimientos. No hay ninguna institución de salud en México, del estado o privada, que cuente con grupos de apoyo emocional para médicos. Otro caso de *soledad emocional* es el de R-37 quién relató el caso de un joven que falleció durante una de sus guardias en el internado de pregrado. La única persona con quien pudo compartir su intenso sufrimiento fue su papá, y fue una situación

que estuvo a punto de orillarle a abandonar su carrera. Este relato hace patente, de nuevo, la soledad emocional en el ambiente institucional:

R-37: Me fui, todavía le platiqué a mi papá, y yo llorando. Y.... pues todavía me acuerdo del chavo pues, y digo, todavía pienso las cosas y digo: "Es que... se pudo haber hecho muchas cosas, pero como era 31 de diciembre, los doctores no querían trabajar". 11:23 ¶ 24, ...que fue bastante frustrante. Y hasta después... después de ahí, dije: "Yo ya no quiero estudiar... ya no quiero estar en esto, no puedo... no puedo estar...", ...después de eso dudé en seguir, como dije: "Pues ya terminé, pues termino" ...dudé en seguir adelante, porque la verdad sí me marcó mucho este caso, y sigo sintiéndolo. 11:15 ¶ 34, Cita en Transc-BALINT 2a sesion-24-nov-21.docx

Casos difíciles. Las emociones intensas se dan en contextos donde se atienden casos difíciles. De hecho, la idea de *casos difíciles* implica necesariamente la presencia de sentimientos intensos. *Casos difíciles* no equivale a “pacientes difíciles” porque la dificultad puede provenir no solo del paciente, sino también del contexto institucional, del médico, de la familia del paciente e incluso de la cultura general en que se desenvuelve la relación médico-paciente. En seguida, se describen algunas de las situaciones que pueden caracterizar estos *casos difíciles*.

Casos difíciles por factores institucionales. En ocasiones, los *casos difíciles* están relacionados con las formas organizacionales de las instituciones de salud:

R-54: A veces llegan los pacientes ya con la barrera de ¿qué hago yo en la institución? Ya vienen con el mal plan, ya desde que tienen que esperar y hacer cita, sacar ficha, y que tu no llegas a la hora y todo... 27:20 ¶ 8 en R1-2aG-comunicacion-4-mayo-22.docx

Los *casos difíciles* por diferencias de marcos culturales de pacientes y médicos. El siguiente ejemplo trata de mostrar que un caso puede motivar sentimientos de molestia cuando las causas que atribuye el paciente a su problema difieren de las del modelo biomédico.

R-69: ...este tipo de enfermedades... como castigarse [expresión de molestia en el tono de voz] o sea, ese pensamiento pobre, si me dio... no sé, como coraje de la señora de que tuviera esos pensamientos, o sea que se quedara, como que se resignara a la enfermedad... 29:5 ¶ 11 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

El médico, en este caso no es consciente que la actitud de resignación, lo que R-69 califica de pensamiento pobre y el autocastigo no caben en su visión de lo aceptable. La subcultura médica excluye las explicaciones que proceden de otras fuentes de conocimiento, como es el caso de la antigua tradición del poder divino sobre la vida humana. El entorno institucional complica la búsqueda de otras perspectivas que permitan ver diversos ángulos de la situación, o cómo la cultura juega a un papel relevante en la forma en cómo los pacientes significan su enfermedad, que en muchas ocasiones difiere del punto de vista del médico. Esta dificultad de comprensión del mismo fenómeno muestra que es difícil entablar un *diálogo diatópico* a partir de las diferencias socioculturales (Sousa-Santos, 2018), que podría facilitarle a R-69 la comprensión de las raíces de la forma en que su paciente ve su enfermedad, lo que podría ahorrarle a R-69 el fastidio y molestia que siente y que pueden fatigarle.

Los *casos difíciles* que invocan al médico *emociones intensas* pasadas. En el siguiente ejemplo R-38 narra por qué le había marcado tanto una experiencia en el internado de pregrado donde un paciente joven murió de falla renal.

R-38: ... yo lo traigo muy marcado, porque yo conviví con gente con insuficiencia renal, y a la mejor sigo conviviendo, entonces... eh... no quiero que

pase... la misma experiencia que... que yo pasé. ... no era mi familiar, pero me pegó bastante. (...) ¿Pero por qué pasó esto? y dije, pues a la mejor pasó para que yo aprendiera algo, no sé, para que no fuera como estos doctores, o que al final de cuentas yo pudiera hacer algo por el paciente. No sé, por algo lo traigo siempre en la cabeza, siempre. 11:28 ¶ 61 en Transc-BALINT 2a sesion-24-nov-21.docx

Casos difíciles debidos al lazo de parentesco íntimo con una paciente. En la siguiente viñeta un estudiante de medicina escucha de una familiar directa y cercana que fue violada reiteradamente durante su matrimonio:

R-54: Yo me quedé así [con ojos desorbitados en sorpresa, estupefacto] obviamente, no solo porque la paciente era mi conocida de toda la vida, que te confiese algo así está muy cañón [impresionante]. 46:18 ¶ 20 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

Casos difíciles ligados a los familiares de los pacientes donde la fuente de las dificultades y de las *emociones intensas* no es el paciente o la institución, sino un familiar o persona muy cercana del paciente que se atiende:

R-54: ...el problema con el cuñado que me habló por teléfono y me dijo tu eres un pendejo [idiota, imbécil], tú eres un médico general, tú estás nada más para tratar gripitas y faringitis, y deja el caso de la paciente en manos de los expertos... Y yo, me enojé, le dije sí, yo no soy nefrólogo pero no mames [peyorativo], soy médico general efectivamente pero no estoy pendejo [tonto, estúpido],...se cómo tratar esto y cómo darle seguimiento, y te voy a pedir que no me faltes al respeto... yo te digo como yo quiera, porque yo pago cabrón [peyorativo] ... 41:16 ¶ 4 en Balint-13-conjunta-28-sep-2022.docx

Los casos *difíciles* sutiles. En el ejemplo que sigue las *emociones intensas* de un residente no permiten reconocer que un paciente pide ayuda sin expresarlo directamente. El caso es de una

paciente de 72 años que abruptamente comunicó que fue violada cuando se estaba haciendo su historia clínica general. Las opiniones de los participantes varían ampliamente y en el fondo están las emociones que se mueven dentro de cada uno al escuchar la revelación de la paciente, uno de los residentes plantea que el caso no debe manejarse más por el residente, mientras que cuatro consideran que la paciente está pidiendo ayuda y debe obtenerla:

R-54: ... [interrumpe y con voz fuerte] Y sobre todo la cuestión de que desconocemos, desconoces que mecanismos de defensa activó la paciente para superar esta etapa de su vida tan traumante [sic] el riesgo que corre, el miedo de abrir una Caja de Pandora... y tocas ese tipo de cuestiones que no se resolvieron a su tiempo 46:19 ¶ 17 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

Está implícito en esta viñeta que R-54 considera que el tiempo para remediar los daños del abuso sexual ha caducado de alguna manera y nada debe hacerse ya. Los restantes cuatro residentes opinan en sentido opuesto:

R-38: ... yo creo que entre escondidas le está pidiendo algo de ayuda, yo en mi a lo que percibo ¿no?

(...) Yo digo que sí necesita ayuda por tal motivo de que ofreció todo en la primera consulta... y no precisamente lo que decía R-54 que es algo peligroso, a la mejor si necesita poder hablar las cosas para ver que opciones se le pueden dar, a estas alturas, ofrecerle ayuda. Pero si de que está esa herida abierta si concuerdo en que necesita ayuda. 46:9 ¶ 22 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

R-73: ...yo también lo percibí, porque no es fácil el hecho de llegar a la consulta por primera vez, hacerle su historia clínica, y que te diga todos sus antecedentes y que fue violada, pues creo que no es tan fácil. Y ni para una persona que ya ha sido tratada psicológicamente es fácil decirlo... 46:20 ¶ 19 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

R-37: Yo también pienso que necesita ayuda por el simple hecho que ha reprimido esto por tanto tiempo, porque, bueno, haciendo una suposición, a la mejor la vergüenza, el miedo de cómo va a reaccionar su familia, la hace, bueno la hizo reprimir todo eso. 46:21 ¶ 23 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

Caso difícil ligado a un rechazo del paciente hacia el médico por su apariencia física. En una de las sesiones tipo Balint, se presentó un caso en que la apariencia física de una residente convocó el intenso rechazo de un paciente que iba por las recetas de su esposa. El relato es como sigue:

R-69: No me dijo nada, pero se portó muy déspota, arrogante, me dio una barrida [con la mirada] se sentó, me aventó una receta y la contrarreferencia, quiero esto, bla, bla, bla, y así cómo no me mires, no me toques, dame mi receta... ok, aquí está bye [Adiós]. 55:4 ¶ 6 en Balint-17-16-nov-2022.docx

Antes de esto el paciente había dicho un comentario homofóbico cuando estaba en la sala de espera, comentario del cual se enteró R-69 por una paciente que consultó:

R-69: ... ¡aguas! [cuidado] con el siguiente paciente, dijo que como es posible que una persona lesbiana lo vaya a atender, cómo es posible que una institución como esta contrató personal ¡gay! Que como le va a explicar a sus hijos a su pareja que lo atendió una lesbiana; cómo va a llegar a casa con esa angustia... 55:2 ¶ 3 en Balint-17-16-nov-2022.docx

Ante la situación, R-69 logró regular sus emociones y mantuvo la ecuanimidad, pero al costo de tomar distancia, suprimir la compasión y la empatía, no obstante, logró ser ecuánime como aparece en la secuencia que sigue:

R-69: Aquí está su transferencia, ¿algo más que le haga falta? ¿cómo está su paciente? porque vino por los medicamentos de su familiar. ¿Bien? Okay,

¿algo más que le haga falta? Hasta ahí. 55:7 ¶ 8 en Balint-17-16-nov-2022.docx

La acotación “hasta ahí” expresa el límite de no compartir los sentimientos negativos del paciente, lo que le permite mantener la ecuanimidad, pero al costo de suspender la compasión debido al distanciamiento afectivo expresado en “hasta ahí”. Como se ve adelante:

R-69: ... Antes era muy explosiva con esas cosas... me defendía más, pero fui desarrollándome y encontrándome más ¡sí di lo que tú quieras, no pasa nada! ya no me afecta tanto; entonces, cuando escuché eso de este paciente pues ya lo dijo, ¿qué le voy a hacer? ... no le voy a cambiar el pensamiento ahorita, ni la consulta tampoco es para eso, mejor le doy sus recetas, que diosito lo cuide, y ya. 55:33 ¶ 23 en Balint-17-16-nov-2022.docx

Entre los significados implícitos o no declarados, la frase final “que diosito lo cuide”, se puede leer como un deslinde: será Dios y no R-69 quién lo cuide, aunque otras interpretaciones pueden ser posibles. El punto central es que cuando sufrimos rechazo a nuestra estructura identitaria, las emociones y sentimientos que esto despierta dejan fuera la compasión o la hacen muy difícil en el momento. El tema es relevante en la educación médica dada la enorme importancia que hoy se le confiere a la compasión en el pronóstico de los pacientes y el propio bienestar de los médicos (Trzeciak & Mazzairelli, 2019); los datos recogidos en el estudio muestran con claridad que las *emociones intensas* conducen hacia el desapego afectivo, favorecen la atrofia emocional y son un obstáculo para el aprendizaje de la EC, si no son bien procesadas. Más adelante podrá verse que las *emociones intensas* son al mismo tiempo una valiosa oportunidad para la *reflexión individual y dialógica* grupal, que derivan en avances de autoconocimiento y aprendizaje de la EC. Las *emociones intensas* derivadas de experiencias clínicas reales son la materia sustancial con que se trabaja en los grupos Balint; la reflexión que se da a partir de esos encuentros difíciles

es reconocida por profesores de medicina familiar como el elemento central en el desarrollo del potencial terapéutico de los médicos familiares (Ramírez-Villaseñor, 2022)

Complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

En este trabajo se usa el término “complejo” como aquello entrelazado, unido al contexto y muy cambiante (Sturmberg, 2007); la ecuanimidad compasiva es una configuración emergente de ese tipo, entrelazada con múltiples componentes e íntimamente unida al contexto como fue definida en el marco teórico. Se compone de la dinámica de la compasión y la ecuanimidad. Dada su naturaleza intersubjetiva, sería ilusorio pretender saber con precisión que participante ha comprendido y aprendido en que consiste la EC y si la ha puesto en práctica. Y cual otro participante no ha logrado aprenderlo. Se suma la dificultad adicional de que el estudio no está diseñado para valorar la actividad práctica del residente y que, aun cuando pudiera hacerlo, este médico no atiende pacientes bajo su responsabilidad directa durante su etapa formativa. Los datos asequibles son los relatos del residente y nada más. En esta fase del proyecto global no se tienen los relatos del paciente. Con esa precaución en mente y a partir de los datos de este estudio, se puede hacer una aproximación a las dificultades del aprendizaje de los componentes complejos que constituyen la compasión ecuánime, como se presenta en la Figura 12.

Figura 12. La complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, sus tres subcategorías

3. Complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

Compasión y empatía inseparables

- Compartir el sufrimiento evitando la fatiga
- Percibir la necesidad de sanar
- Saber dar esperanza
- Escuchar plenamente
- Permitir conmoverse

Ecuanimidad

- Mantener mente clara ante el sufrimiento del otro
- Distinguir sentimientos propios de los del paciente
- Desarrollar autoconocimiento

Combinar en proporción adecuada compasión y ecuanimidad en cada caso específico

Nota. La complejidad para aprender EC incluye que la compasión y la empatía son subcategorías inseparables muy entrelazadas con otras categorías dependientes del contexto. De igual manera ocurre con la ecuanimidad como lo ilustran las propiedades enlistadas aquí. Unir compasión y ecuanimidad en cada caso clínico dependerá en gran medida de la sabiduría ligada a la experiencia personal.

Subcategorías de complejidad del aprendizaje

Compasión y la empatía son inseparables, como son inseparables el lado cognitivo y el afectivo de la empatía clínica. Hoy en día ya no se duda que la emoción es conocimiento tácito,

inconsciente, a disposición inmediata del organismo, mientras que el conocimiento analítico (cognitivo) es más lento, pero siempre está asociado al primero (Damasio, 2012). Como se describió en la definición de EC el primer paso para desarrollarla es resonar empáticamente con las emociones y sentimientos del paciente y el siguiente es procesarlas, para lograr distinguir las emociones que provienen del paciente, de las nuestras. Esto constituye una primera dificultad, es más difícil de aprender EC para aquellos que les resulte difícil ser empáticos. Lo contrario también sería cierto. La empatía es percibida como un gran riesgo para el médico por algunos de los participantes, por tanto, si se teme a la empatía, la compasión no es posible o es muy complicado que se aprenda.

R-54: Pero, en la medicina familiar es difícil no involucrarse porque al final de cuentas parte del método clínico centrado en el paciente es dedicarle al paciente, conocer su historia de vida y todo; aquí lo interesante es tener la inteligencia emocional para poder dedicarle toda tu atención al paciente durante la consulta ... esa misma responsabilidad y tiempo que le estás dedicando al paciente, en el siguiente paciente se la vas a volver a dedicar. A mí en lo personal eso, que ya lo he intentado, se me hace que genera mucho desgaste emocional en, en el médico. Esa capacidad de escucha activa, de, de, empatía que tengas en cada una de tus consultas, sí vas a hacer una consulta de mucha calidad, y va a generar pacientes felices, ¡pero al médico le da en la torre eh! 26:7 ¶ 6 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx

Queda aquí condensada una enorme dificultad que perciben algunos médicos al inicio del curso, para aprender la ecuanimidad compasiva, “genera por un lado pacientes felices, pero por el otro hay un serio desgaste del médico...” Vista así, la integración de compasión y ecuanimidad en casos concretos parece de un nivel de complejidad atemorizante por su apariencia casi irremontable. R-54 no sabía en esos momentos que una clave para compartir el sufrimiento al

tiempo que se evita la fatiga emocional es el desarrollo de autoconocimiento para relacionarse de manera sana con ellos; es decir, distinguir con claridad que las emociones negativas que percibe y le fatigan no son de él, sino de su paciente. Y que, si no puede hacer esa distinción del origen de las emociones abrumadoras, se debe en buena medida a sus propias emociones que se confunden con las de su paciente.

Cuando el curso avanzó algunos residentes lograron aprender a percibir sus emociones y las de los pacientes como entidades diferentes, por ende, fueron capaces de manejar mejor sus afectos y fatigarse menos, cómo se ve en la Figura 12, *el autoconocimiento y distinguir emociones propias de las del paciente* son dos componentes centrales de la ecuanimidad; sin ellos, la compasión no es ecuánime.

R-69: Ok, mi paciente está sintiendo esto, esto. Yo sentí esto, esto. ¿Qué puedo sacar de esto para poder ayudar a mi paciente? O sea, combinar los dos padeceres y encontrar un bien común entre ellos. 10:16 ¶ 39, Cita en Transc-BALINT 1a sesion-17-nov-21.docx

Entonces, *compartir el sufrimiento y evitar la fatiga* al mismo tiempo, depende en buena medida de un difícil aprendizaje personal a largo plazo y al ritmo propio que el proceso grupal puede facilitar.

Percibir la necesidad de sanar. Para saber quién necesita sanar en este momento y quién no, es necesario conocer los significados de la experiencia de vivir con la enfermedad sin descuidar el manejo de la enfermedad. La siguiente viñeta relata el caso de una paciente a quién se le acababa de diagnosticar cáncer de mama; fue sorprendente saber que la paciente interpretó la ocurrencia de su cáncer cómo un castigo por un aborto voluntario décadas antes:

R-69: ... entre los dos [esposos] decidieron ejercer el aborto..., cuando le dieron la noticia de que tenía cáncer, ella lo asimiló de forma positiva dijo ¡ah!, esta es mi manera de yo remediar mi error. Esa es mi manera de yo cumplir con mi castigo que Dios me puso, y pues así lo voy a hacer. Dijo que lo platicó mucho en psicología, pero más con su sacerdote de su comunidad, porque ella sentía, hasta la fecha ella todavía siente esa culpa, que todavía está pagando. 25:2 ¶ 4 en Balint-7a-6-abril-2022.docx

Percibir que esta paciente tenía un sufrimiento de orden más bien moral-espiritual y que su grave dolencia física representaba en sí misma una forma de aliviar ese sufrimiento, fue un proceso lento que se fue descubriendo a partir del compromiso de R-69 de seguir a su paciente y de verter sus dificultades en el caso dentro de las sesiones tipo Balint. Este caso ilustra parte de las complejas dificultades para aprender EC.

En un caso discutido en una sesión Balint una residente identificó que la paciente que contó una inesperada historia de sufrimiento “necesitaba sanar”, su metáfora es de una olla de presión que necesita más que liberar energía para no estallar. No todos los residentes pudieron percibir la necesidad de algo más que alivio temporal, *percibir la necesidad de sanar* es un elemento importante de la ecuanimidad compasiva, sin ella no sabemos si el paciente está en búsqueda de compasión o no.

R-37: ...creo que necesitaba [la paciente] como su válvula de escape y en esa consulta salió ciertos temas, pues aclaró. Creo que necesita, pues sí, empezar a contarle para sanarlo, para poderlo, ¿cómo se dice?... sí liberarse, necesita contarle para empezar a sanar. 46:10 ¶ 23 en Balint-15-26-Oct-2022.docx

Saber dar esperanza y permitir conmoveerse están íntimamente relacionadas. Decidirse a ofrecer esperanza de manera genuina, en forma adecuada y en el momento preciso proviene de

conectarse empáticamente con el paciente, moverse a su ritmo y en el sentido correcto. *Permitir conmove* es la libertad que se da el médico de sentirse un ser frágil y perecedero. Es una especie de auto-permiso para ser sensibles ante situaciones donde el sufrimiento es elevado para las personas que atendemos. Es algo muy difícil de captar y aprender, pero la siguiente viñeta muestra que es posible lograrlo:

R-37: Y más aquí... pues es un niño, y los niños realmente no saben muchas veces cómo expresarse, qué sienten... y lo expresan a través de... de los gestos, de la forma de reaccionar ante las cosas. Entonces aquí que el médico haya comprendido esa parte, es... algo que sí... conmueve. Que sí te deja pensando, que tienes que... tener atención a esas señales. 8:3 ¶ 9 – 10, Cita en entrevista-R-37-3-NOV-2021.docx

Si se es capaz de *conmove*, el impulso de ayudar (actuar compasivamente), *saber dar esperanza*, parece el siguiente paso:

R-69: ...lo que yo quise hacer con esta paciente, lo que quiero hacer es que continúe esa fuerza, que no se debilite, para que cuando se venga ya el tratamiento, ya lo difícil, lo duro, que mínimo se agarre de esas fuerzas y siga, siga adelante... 13:9 ¶ 12, Cita en Transc-Balint 4a sesión 8 dic 2021.docx

Saber dar esperanza incluye fortalecer una esperanza ya existente, como se ve en la siguiente viñeta en la que aparece ligada a la capacidad de conectar empáticamente - compasivamente- con el paciente:

R-69: Hasta que por fin dio con la mastografía de que tenía y que no, no era simplemente la cicatriz, pero sí era como un tumorcito ahí, debajo del pezón. Entonces ella... ella pues vio esto, se preocupó obviamente, pero seguía fuerte, ella seguía con las esperanzas, con una actitud muy... muy alentadora. Entonces

eso me motivó a... seguir dándole esas fuerzas a ella. 10:6 ¶ 11, Cita en Transc-BALINT la sesion-17-nov-21.docx

Como se puede apreciar en los tres relatos previos, R37 y R69 fueron capaces de dejar a un lado sus defensas afectivas para percibir el sufrimiento, el primer caso frente al relato del caso clínico del niño que murió de cáncer y en segundo derivado de la atención de una paciente real. En ambos, se distingue que el sufrimiento está fuera de quien lo describe, pero se permite conmoverse y moverse a la acción compasiva, dar esperanza a una paciente con cáncer, o aprender importantes elementos subjetivos de la relación médico-paciente a través del cine. Aprender a dar esperanza a través de aceptar y sentir con el otro su sufrimiento es un resultado complejo que no es fácil de alcanzar; por tanto, es una prueba de la complejidad del aprendizaje al que nos enfrentamos.

Escuchar plenamente. Escuchar atentamente con entera presencia, de manera tal que el paciente se sienta realmente atendido, es una actitud global de la mayor importancia en el ejercicio de la EC. R-69 lo aprendió desde la fase de los cortos de cine. Así parece mostrarlo su comentario sobre la escena de los cortos donde el experimentado médico Barbarroja escucha con atención plena a una paciente que ha tenido una vida trágica y sufre por la reciente muerte de su anciano padre que vivió una vida de desamparo, traición y sufrimiento, además de una tormentosa agonía:

R-69: Siento cómo el estudiante trata de comprender las acciones de Barbarroja. También se puede sentir cómo la paciente relata su padecer con sus emociones, se transmiten al estudiante y el también siente algo del dolor, es lo que yo percibí de sus características faciales. Se siente el dolor de la paciente en todo el video, pero al final Barbarroja le da un poco de alivio. 4:10 ¶ 38, Cita en Escritos-videos-20-oct.docx

Lo que destaca en la escena de marras, es que Barbarroja muestra una disposición plena a escuchar con gran calma y atención absoluta, el relato de la hija ahora huérfana que muestra en su tono de voz, expresión facial y postura del cuerpo, un desgarrador sufrimiento. Barbarroja la escucha en una postura de calma y atención total; y ante la pregunta de si su padre sufrió en su agonía, Barbarroja miente de una manera tan calmada y compasiva que convence absolutamente, “su padre murió en total paz”. El alivio que esto produce en la paciente es lo que hace decir a R-69 “Barbarroja le da al final un poco de alivio”.

La escucha plena es una forma de estar plenamente presente:

R-69: ...en todo este proceso hemos visto muchas cosas de las que yo tomo más en cuenta es la ecuanimidad compasiva y la escucha activa, los dos como que se complementan; estás poniéndote en los zapatos de tu paciente o de la persona a la que estás tratando y a la misma vez, estás viendo otro comportamiento que no te está platicando el paciente. O estás viendo eh, las dudas o algunas pistas que el paciente te está dando inconscientemente de que el paciente lo esté haciendo. Entonces, y uno puede lograr esas sensaciones, esas emociones, esas pistas, pues, podemos llegar a un bien común más rápido, y más eficiente para ambos. 32:2 ¶ 9 en Balint-10-PERCEPCION Y Cuerpo-lleva-cuenta-30-jun-2022R2.docx

La viñeta muestra una descripción de alguien que está en cuerpo y alma dentro de la escena que comunica. R-69 revisa el padecer sin descuidar la patología que afecta a la paciente, ve a una persona, no solo a una paciente, porque está ahí con todos sus sentidos, plenamente presente. Eso no parece fácil de aprender, y tal vez solo se pueda enseñar con el ejemplo.

Ecuanimidad. Es necesario precisar que la explicación de las dificultades para aprender EC se divide aquí para poder abordar los componentes detectados, pero no podemos concebir que se

aprenda a ser compasivo primero y luego a ser ecuánime o viceversa. Cada persona entró a este proceso educativo con su particular historia de vida y aprendizajes previos de la relación médico-paciente (“con su propio estadio social del desarrollo y perezhivanie”), por lo que las dificultades de aprendizaje de la compasión o de la ecuanimidad son diversas. Pero no cabe duda de que las dos por separado no conforman lo que las dos unidas en armonía constituye la compasión ecuánime o ecuanimidad compasiva. La ecuanimidad, como se ha dicho en la definición de EC, depende de *mantener mente clara ante el sufrimiento del otro* una vez que se ha resonado afectivamente con el sufrimiento del otro; en otras palabras, la sola ecuanimidad sin resonancia afectiva es una forma de desapego, de indiferencia protectora de emociones de otros. Pero eso no cura a nadie. Entonces, avanzar desde el dominio de la ecuanimidad hacia el de compasión equilibrada por autoconocimiento es de gran dificultad, depende en gran medida de distinguir los sentimientos propios de los del paciente y es mucho más difícil que enseñar ecuanimidad a un clínico compasivo.

Tal parece que en el grupo de participantes de este estudio hay algunos que tienen alto desarrollo de su lado ecuánime:

R-38 ...la ecuanimidad, es que todo fluya y nada influya, ¿no? Y más bien es un estado del ánimo para recordar que tenemos el control de... de nuestra vida, principalmente, y la vida del paciente. Y solo nosotros decidimos cómo reaccionar ante las cosas que ocurren a su alrededor y que ocurren a nuestro alrededor, ¿sí? 7:8 ¶ 21, Cita en entrevista-R38-5-NOV-21.docx

Aprender a conmovearse y tener respeto pleno a los pacientes no es algo sencillo de lograr, a continuación, se cita una viñeta donde el discurso de uno de los participantes parece denotar que no hay una conexión empática con el paciente.

R-54: Ah doctor, es que ningún doctor me había preguntado eso..." y salen contentos, salen como comentaba mi compañera, el hecho de escucharlos un poquito más y rascarles tantito eh!, porque ya habíamos dicho de la Caja de Pandora que se te vienen todas las cucarachas encima, y ya no hallas como cerrarle; me he enseñado mucho a mesurarme hasta donde llegar y como llegarle y en qué momento taparle 74:20 ¶ 7 en Triangulación de datos la sesion-15-02-2023.docx

Esta viñeta de R-54 traduce una mente clara, pero a distancia del sentir del paciente. Una actitud movida por cálculos donde los afectos parecen ausentes; donde el lenguaje figurativo que iguala la expresión de historias de los pacientes con “cucarachas que se le vienen a uno encima”, nos da una imagen visual de desapego por decir lo menos. ¿Podrá R-54 aprender a ser compasivo a través de un curso? Creo que la respuesta depende de lo que R-54 pueda avanzar en su proceso de autoconocimiento que le permita identificar aquellas partes de su vida que le hacen protegerse con distancia afectiva del dolor de otros, sus pacientes en este caso. Con lo dicho hasta aquí es posible acercarse al complejo objeto de aprendizaje que este proyecto aborda y que depende en gran medida de *desarrollar autoconocimiento*. Aunque la categoría nodal de autoconocimiento se desarrolla ampliamente más adelante, se comenta un ejemplo de su relación con la ecuanimidad. Se trata de la expresión de R37 en una fase cuando todavía no entraba a los grupos Balint. La viñeta muestra como está ligado el autoconocimiento al proceso de distinguir las emociones del paciente y las propias del médico, “saber con qué me quedo y con que no”, que como se ha dicho en la definición de EC que propone este trabajo, inicia con la resonancia empática con las emociones del otro:

R-37: Ecuanimidad compasiva, ¿para mí? Pues para mí es... esa capacidad de conocerte primero tú, para poder conocer a tu paciente, y llegar a esa... empatía,

esa buena relación con él. Permitirte verlo como un todo, no nada más como al paciente, sino como una persona con... muchas cualidades, con miedos, inseguridades, emociones y sentimientos. Y también, pues sí, permitirte sentirlos tú, pero tener como esa capacidad de saber: con qué me quedo y qué no. 8:8 ¶ 22, Cita en entrevista-R-37-3-NOV-2021.docx

R-37 confirma, o al menos coincide notoriamente con la idea de que la clave para que se desarrolle la compasión es saber “con que me quedo y con que no” es decir, que emociones son mías y cuáles no. Resonar afectivamente sí, pero quedarse con emociones que no son nuestras ¡no! Y lo mismo parece comunicar R-38, saber discernir el origen de las emociones y eso depende de conocerte a ti mismo; y que si no logras discernir tus emociones de las del paciente te podría sobrevenir “un bloqueo”.

R-38: ... justamente saber discernir y tener pues ecuanimidad compasiva, conocerte y.... permitirte sentir revivir esas emociones, pero no dejar que te abrumen, no dejar que te... digamos que... te generen como... pues ese bloqueo para continuar con tu... pues con tu conexión con tu paciente. 10:18 ¶ 42, Cita en Transc-BALINT 1a sesion-17-nov-21.docx

Tal vez la dificultad del aprendizaje de la EC se ubica en la necesidad de mirarse a sí mismo de la manera más sincera posible como dice R-38 cuando comenta lo que el curso le enseñado:

... me ha enseñado a trabajar con los pacientes, sino también trabajas contigo mismo, porque haces, te haces una percepción de ti mismo y te das cuenta que es lo que te hace falta, ora sí que tus debilidades y fortalezas. O sea, en que puedes fortalecerte para poder, para poderte desenvolver. Cuáles son tus debilidades para poder trabajarlas 57:8 ¶ 22 en R38-Entrevista final-30-nov 2022.docx

Combinar adecuadamente compasión y ecuanimidad en cada caso. Una dificultad mayor en el aprendizaje de la EC es balancear adecuadamente lo que metafóricamente sería la

“proporción” justa y necesaria de compasión y ecuanimidad en cada caso. No existe una respuesta general, dado que estamos hablando de una configuración compleja y por ende ligada intrincadamente al contexto. Aquí un ejemplo de esa especificidad expresada en una sesión Balint; R-37 comenta un caso de R-69 con la intención de ayudar a balancear la compasión y la ecuanimidad que parecen necesitarse de un caso relatado en varias sesiones:

R-37: Yo siento que sí, ella (R-69) se está mostrando empática, pero también está poniéndose en los zapatos de la paciente tratando de no presionar su proceso... A lo mejor tú quieres ayudarla, pero, ella realmente internamente no quiere cambiar esa idea. Entonces, yo siento que va bien al pasito que lleva su paciente, apoyándola, entendiéndola, y respetando sus creencias, pero también como consejo, si ella no quiere cambiar esa idea de culpa, ahí parar y no presionarla. Hay veces que tú quieres cambiar a una persona, pero ella no quiere... te frustras... te da tristeza... quieres hacer más por ella, pero no te lo permite. Hay que saber cómo llegar a ese límite... es parte de la ecuanimidad, o sea, no llegar a tomarse todo tan personal... "No se quiere dejar ayudar y yo quiero ayudarla y... ya estoy estresada y frustrada y quiero hacer más"... pero hay que saber cuándo parar 25:15 ¶ 30 en Balint-7a-6-abril-2022.docx

Este ejemplo podría estar diciendo que el delicado equilibrio de compasión-ecuanimidad podría ser detectado en forma más clara y temprana por un colega en un grupo Balint que lo que podamos verlo nosotros mismos, especialmente cuando todavía no hemos reunido la suficiente experiencia clínica.

Las dificultades para el aprendizaje de la EC se ven de alguna forma sintetizadas en la siguiente viñeta. R-54 se muestra abrumado y lo describe en la forma metafórica de “una galaxia inmensa”, y su deseo de “dirigir a los pacientes” que atendemos.

R-54: ... la realidad del MCCP es tan grande y abrumadora como ...una galaxia. ...Porque el método solo te orienta a ver como tienes que ir dirigiendo a la persona, pero en realidad cada persona la tienes que abordar de forma distinta. Y es... muy basta la experiencia que necesitas, el tacto que necesitas, la cantidad de consulta y personas que necesitas para poder empezar siquiera a tener un leve esbozo de cómo es una persona... 61:3 ¶ 4 en R54-Entrevista final-30-nov-2022.docx

De la exposición anterior, parece desprenderse que la *complejidad del aprendizaje de la EC* deriva de la dificultad de ser compasivo pero muy poco ecuánime o ser ecuánime y prácticamente incapaz de sentir del sufrimiento del otro. La clave para avanzar en uno y otro caso es el desarrollo de autoconocimiento según se perfila por los resultados.

A continuación, se describen las cuatro categorías identificadas como favorecedoras del proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.

Autoconocimiento

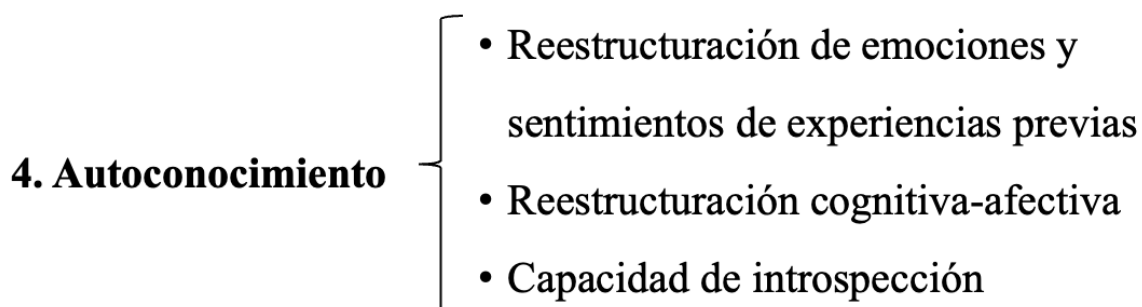
El autoconocimiento es altamente apreciado en la medicina familiar académica, se considera que hay dos maneras de exponerse a las emociones y sentimientos de los pacientes: con y sin *autoconocimiento* de parte del médico; la única vía aconsejable es la primera, trabajar activa y sistemáticamente en el autoconocimiento. Se dice fácil, pero es una empresa muy difícil, porque implica que el médico debe incorporar la convicción de que hay formas de conocimiento diferentes de las que provienen del paradigma de la Ilustración; el autoconocimiento es una de esas formas de conocer, de saber:

Es una comprensión de la experiencia y las relaciones humanas, una visión moral que es muy difícil de cumplir... por definición el autoconocimiento no puede ser enseñado... procede de las experiencias y de la educación que alimenta tanto al intelecto como la imaginación (McWhinney, 2006, p. 29).

En el proceso de transcripción y codificación de los datos autoconocimiento fue definido así: Cuando se hace mención de que es necesario reflexionar, mirar hacia nuestro interior, nuestros pensamientos, nuestras emociones, para poder relacionarnos adecuadamente con las emociones, sentimientos e ideas de los pacientes u otras personas. Esta definición operativa se mantuvo después de revisar algunos autores sobre el tema; Vidal (2018) definió autoconocimiento como estados y contenidos de transición desde la conciencia hacia juicios de orden superior (Vidal, 2018). Lazos (2008) lo consideró un concepto tenso entre el desapego de mirarnos a nosotros mismos como nos mirarían otros desde afuera y el involucramiento de mirarnos como sólo nosotros lo podríamos hacer. Esto significa que reconocemos nuestras creencias autoconscientes acerca de nosotros mismos y asumimos sus consecuencias. También implica que tenemos creencias, emociones y deseos que no conocemos (Lazos, 2008).

La relevancia del autoconocimiento en este proyecto queda de manifiesto al recordar el concepto de EC que se incluye en nuestro marco teórico: “En este proyecto se precisa que la ecuanimidad compasiva es una “configuración subjetiva” (González, 2013, p. 34), un sistema auto organizado, que emerge de la interacción de emociones y procesos simbólicos, modulados por procesos de autoconocimiento”. Los datos que se reportan en esta sección caben dentro de las subcategorías *reestructuración de emociones y sentimientos de experiencias previas*, *reestructuración cognitiva-afectiva*, y *capacidad de introspección*, como se muestra en la Figura

Figura 13. El autoconocimiento y sus subcategorías



Nota. Los procesos de autoconocimiento mostraron ser de enorme relevancia en el aprendizaje de la EC a través de la *reestructuración de emociones y sentimientos ligados a experiencias previas* de los participantes. La *reestructuración cognitiva-afectiva* y *capacidad de introspección* fueron subrayadas por los participantes.

Reestructurar es un verbo que implica modificar, perfeccionar, cambiar (Corripio, 2000); también se podría aplicar reelaborar en el sentido freudiano de reconducción del pasado. Siendo así, el autoconocimiento reestructura, reelabora cognitiva y afectivamente (ambos aspectos inseparables) y, para hacerlo, se beneficia de procesos reflexivos individuales y dialógicos grupales. Explicado de esta manera, necesariamente existe un traslape entre las explicaciones respecto de la categoría de autoconocimiento y los otros procesos que favorecen el aprendizaje de la EC. La explicación separada es con fines explicativos y no intenta proponer una separación - que no existe- entre las categorías. Podría decirse en un sentido metafórico que la reflexión en sus distintas formas es catalizadora de la matriz fluida del aprendizaje de la EC que se explicó antes. En seguida, se presentan algunos ejemplos de citas que muestran procesos de autoconocimiento que favorecen este aprendizaje.

Reestructuración de emociones y sentimientos de experiencias previas

E: ¿Hasta ahí? ¿sentir la compasión...?

R-69: Y también encontrarte a ti mismo, buscar dentro de nuestros propios sentimientos, nuestras propias experiencias... cosas que podríamos sacar dentro de nosotros para poner esas enseñanzas en nuestros pacientes. Es como hacer un vistazo hacia las dos partes, tanto al paciente como a nosotros. 20:7 ¶ 4, Cita en Entrevista-R-69-final-17-Dic-21.docx

En esta viñeta, R-69 está hablando de procesos dirigidos de autoobservación hacia sus emociones y experiencias con la intención de encontrar elementos que le puedan enseñar algo al paciente; también es claro que no deja de mirarse a sí misma mientras observa al paciente. Hay una clara reflexión individual que es vertida como un aprendizaje personal en su entrevista al final del primer año del curso. En esa entrevista R-69 confirmó con aplomo lo que había aprendido hasta ese momento y señala un término que apareció como código in vivo: introspección.

R-69: La mirada consciente hacia nuestro interior será siempre necesaria para ser ecuanímes y compasivos y fortalecer la relación médico-paciente... debemos tener esa empatía y confianza con los pacientes para preservar y desarrollar una buena relación médico paciente, tener esa compasión como la ecuanimidad compasiva, para poder comprenderlos. Y la introspección que siempre se va a necesitar, para cada problema que enfrentemos con nuestro paciente; siempre tenemos que ver tanto a nosotros mismos y enseñarles también a los pacientes como hacer esa introspección hacia sí mismos, para que también encuentren las claves, las pistas para seguir adelante.” 20:26 ¶ 23, Cita en Entrevista-R-69-final-17-Dic-21.docx

R-69 hace una aseveración fundamental que coincide con las enseñanzas de Michael Balint respecto de cuál debe de ser la misión del médico general: “ayudar al paciente a conocerse a sí mismo” (Balint, 2000). Considero que este es un efecto de aprendizaje del curso que se relaciona

con la pregunta principal de investigación. No se trata de una repetición de algún contenido del curso, porque este no incluyó el estudio de los conceptos que Balint heredó a la medicina; solo se aplicó su metodología de trabajo en grupos. Por otro lado, el diseño del estudio no alcanza a evaluar qué tanto de lo dicho en el discurso se pone en práctica. A lo más que se puede llegar es a recoger el relato de los participantes respecto a casos específicos que asumen bajo su cuidado en esta etapa de su formación.

En una sesión Balint donde se comentó el caso de un paciente que mostró rechazo radical del médico por su apariencia física que mostraba símbolos del movimiento gay otra residente expresó:

R-73: Yo creo que siempre cuando alguien te genera cierto rechazo, es algo que aún tienes ahí a lo mejor de la infancia, algún recuerdo, algún reflejo de ti que aún no trabajas. Siento que eso influye mucho en el poder relacionarse con otras personas, si no trabajas eso no vas a poder quitarte esa barrera que te impide tratar a todos por igual; porque hay algo en ti que te genera ese ruidito. Yo creo que si influyen mucho los recuerdos del pasado para atender bien a tu paciente...” 55:12 ¶ 20 en Balint-17-16-nov-2022.docx

Estas expresiones reflejan procesos reflexivos sobre la importancia del autoconocimiento para encontrar explicaciones en la propia historia de vida de las personas que facilitan la comprensión y la aceptación. Estas reflexiones podrían abrir espacio a la compasión y la ecuanimidad necesarias para cuidar a un paciente; o a limitar con ecuanimidad una identificación empática excesiva, como se ve en el caso de la primera sesión tipo Balint en que un residente habla acerca de cómo pensó en el caso de su abuela cuando atendió a una paciente con cáncer.

E ¿La experiencia previa del clínico puede ser dejada de lado?

R-38: ¡No! ¡no! no puede ser dejada de lado, porque al final de cuentas si llegó la paciente ahí con el clínico... aquí en este caso... recordó el subconsciente de todo lo que pasó previamente con equis circunstancias, pero puede ser familiar, o.... o un amigo, que al final de cuentas... se dio como esa conexión. 10:11 ¶ 34 – 35, Cita en Transc-BALINT 1ª. sesión-17-nov-21.docx

Otra residente coincidió con el R-38:

R-37: ... Digamos, a lo mejor, como comparar lo que estamos viviendo en este momento o en nuestra consulta, con sucesos pasados. Y más si hay un impacto emocional de por medio. Es... ciertas cosas sí nos mueven más cuando nos recuerdan a emociones que tuvimos antes. Entonces no... aunque queramos evitarlo no se puede. Es algo... humano, que te hace generar empatía en tu presente. Entonces... no se puede dejar de lado.” 10:13 ¶ 37, Cita en Transc-BALINT 1ª. sesión-17-nov-21.docx

Compartir en el grupo Balint experiencias clínicas que se asocian a emociones y sentimientos intensos favoreció la reflexión y elaboración de estas vivencias. Un caso que ayudó mucho en el estudio se presentó en la segunda sesión Balint a los 8 meses del curso; el residente que compartió su relato lo había tenido presente desde el internado de pregrado años antes:

R-38: Emanuel, todavía me acuerdo mucho de él, “Cierra tus ojos”, y le dije: “Cierra tus ojos y respira por tu nariz y saca el aire por tu boca”, y me decía: “Es que, si yo hago eso, yo siento que me muero”. Entonces cada vez... cuando yo me acercaba con él y le dije: “Te voy a picar para hacerte un... un examen ahorita de urgencia”, me agarraba mi mano y me decía que no lo dejara yo morir. Entonces ... yo le dije: “No, pues no te vas a morir. Aquí vamos a estar. Aquí voy a estar contigo...” 11:5 ¶ 15 – 16, Cita en Transc-BALINT 2a sesión-24-nov-21.docx

El paciente “Emanuel” falleció en medio de un intenso drama en el hospital:

R-38: Me dijeron: "dale RCP", pero ya el paciente estaba muerto con los ojos abiertos todavía. Y me acordaba todo lo que me decía y empecé a llorar, empecé a llorar... mi amiga, la de cirugía, me dice: "Que te ayude ella a darle RCP", yo ya no podía. Y sentía como enojo, veía a todos con coraje. Y tuve que salirme, me salí.

(...) después de eso dudé en seguir, dije: "Pues ya terminé, pues terminó". ... porque la verdad sí me marcó mucho este caso, y sí sigo sintiéndolo. 11:15 ¶ 34, Cita en Transc-BALINT 2a sesion-24-nov-21.docx

La descripción previa se menciona también en la categoría de *emociones intensas*, ya que como se dijo antes, las *emociones intensas* son la materia prima para la reflexión individual y grupal que permite la *reestructuración de emociones y sentimientos de experiencias previas*, así como avanzar en el autoconocimiento.

El proceso reflexivo se benefició cuando las transcripciones de las grabaciones estuvieron disponibles para los participantes; la siguiente viñeta muestra como R-38 siguió reflexionando sobre su intensa experiencia con la muerte de Emanuel y aunque volvió a sentir intensamente en su cuerpo la tristeza, ya no relata el llanto y huida de la situación, por el contrario, desea comunicar a un público amplio su experiencia que ahora reivindica como una oportunidad de comunicar “lo que pasa en el trabajo diario del médico”.

R-38: Ahora que tuve la transcripción estuve leyendo todo lo que se habló en la sesión y volví, ... me adentré a la situación a recordar, y volví a sentirme así como que... el nudo en la garganta, yo viendo una historia, una historia de "Selecciones"... bueno al final de cuentas es la experiencia y que padre ¡qué bien!] que este relato estuviera puesto en una parte que se pudiera leer para que

se dieran cuenta de lo que pasa... 12:28 ¶ 13 en Transc-Balint 3ª. sesión-1-Dic-21.docx.docx

Reestructuración cognitiva-afectiva. De acuerdo con Ciompi (2007) el sentimiento y el pensamiento, o emoción y cognición, interactúan obligadamente en la actividad psíquica, y ocurren a diverso nivel de consciencia. El siguiente podría ser un ejemplo de reestructuración con cierto predominio cognitivo y de alto nivel consciente:

R-69: ...el método centrado en el paciente fue muy llamativo, porque vimos la medicina desde otro punto. Más bonita, en lo personal se me hizo más bonita... vimos, su padecimiento, su enfermedad... todo lo vimos detallado y pues, nos abrió los ojos a lo que es otra medicina ¡ah verdad! Porque antes era de que "signos y síntomas, exploración física, eh, laboratorio y gabinete bla, bla, blá"... "y era como muy, muy impersonal. Ya vemos como el libro de McWhinney lo maneja, como va sintiendo el paciente todo eso y cómo encaja, tanto el método biomédico como el método centrado en el paciente. Como encajan los dos y se hace más completo, se puede sentir un poco más, tocar más lo que está sintiendo el paciente y tiene más herramientas para poder ayudarlo. 20:50 ¶ 15 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

Se comentan enseguida, algunos ejemplos de reestructuraciones con mayor contenido cognitivo que afectivo que quedaron de manifiesto en las dificultades expresadas para aprender EC al principio del curso y que cambiaron posteriormente:

R-54: ...considero que es muy difícil integrar el método clínico centrado en el paciente al biomédico, porque lo más fácil para nosotros es lo aprendido. O sea, signos, síntomas, tratamiento y vámonos lo que sigue. 31:1 ¶ 5 en R1-2aG-MCCP-2-18-Mayo-22.docx

En esta fase en la que apenas iniciaba el curso de MCCP, R-54 era renuente a reestructurar el método clínico que aprendió desde la escuela de medicina, pero un mes después expresó la siguiente opinión:

R-54: ...por lo que hemos aprendido hasta ahorita considero que el MCCP... debe integrar al método biomédico cómo una técnica dentro del método... Porque si creo que es importante, pero debe completarse con otros elementos. Tampoco no podemos así, ¡fffui!, dejarlo de lado, pues efectivamente tenemos que llegar a un diagnóstico... Eso es lo que yo hasta ahora podría pensar. 36:1

¶ 36 – 37 en R1-2aG-MCCP-origenes-15 de junio 2022.docx

Al final del curso teórico de MCCP R-54 lo aprecia mejor, aunque parece dar por hecho que centrarse en la persona significa descuidar sus problemas biomédicos. La *reestructuración cognitiva-afectiva* de R-54 tiene explicación lógica, su primera expresión ocurrió a mitad del curso de MCCP, la segunda viñeta ocurre al final del curso teórico, pero no había conocido los casos clínicos reales manejados con el MCCP y distaba mucho la integración global del curso en las sesiones tipo Balint.

Una *reestructuración cognitiva-afectiva* ocurrió frecuentemente en el trabajo de los grupos tipo Balint; en el siguiente ejemplo, al principio R-38 era escéptica respecto a lo que pudiera aprender en estas sesiones, su opinión cambió radicalmente al final de los primeros nueve meses del curso.

R-38: ... vamos a ver que son esas famosas sesiones Balint, porque yo nunca había escuchado... de...esto ¿no? Y ahorita ...en estas sesiones se trabaja todo lo que se vio en el transcurso de McWhinney... es como el resumen para poder... aprender de lo leído y aprendido...que vimos en la literatura. 14:18 ¶ 34, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

R-38: Son interesantes estos grupos porque sacan algo de tu experiencia ¿por qué te marcó tanto un caso? ... aquí se va discerniendo porque te marcó tanto... con que finalidad... dices, ya sé porque me marcó, porque me identifiqué con eso... traía ese aspecto en mi vida. 14:19 ¶ 34, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

Otro ejemplo de *reestructuración cognitiva-afectiva* se observó en R-38 y fue impresionante. Inició con notorio escepticismo, con desinterés por las lecturas a las que llamó “paja”, pero avanzó a un compromiso activo. En pocas semanas pasó del escepticismo y resistencia al curso, a un importante avance en la autoconciencia de un tema específico que le estuvo causando inquietud por varios años. En la misma sesión Balint otro residente comentó los cambios que observó en R-38 sin mencionarlo:

R-37: ...ha sido enriquecedor conocer que... tus compañeros también tienen ciertos casos que los han marcado, que los han hecho sentir miedo, enojo, frustración, y te sientes identificado y reconfortado de saber que no eres el único que ha pasado por cierta situación. Y... saber que la ecuanimidad compasiva en tu consulta te va a enriquecer muchísimo, mientras la apliques adecuadamente, y que mientras te conozcas bien...” 14:17 ¶ 32 – 33, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

La cita permite ver además de la *reestructuración cognitiva-afectiva* la participación de la reflexión conjunta en el proceso de aprendizaje “...enriquecedor conocer que tus compañeros también...” Aquí es claro que participa la *reflexión individual y dialógica* en todo el proceso educativo, si se explican por separado las categorías de análisis es solamente para hacer más fácil la comprensión de los hallazgos.

En otro momento, una residente dedicó gran parte de su reflexión al final de los primeros nueve meses a comentar la importancia que tuvo para ella participar en los grupos tipo Balint:

R-73: ...mi dibujo ... habla sobre el Grupo Balint, sobre lo que hemos trabajado este último mes... una persona ... tiene dos lados [opciones] irse solo y más rápido, o irse acompañado, más lento... al abrir ...nuestras emociones con ciertos pacientes ... nos damos cuenta de ... cosas que no nos dábamos cuenta. Y así podemos abrir nuestra mente a escuchar opiniones de otros para que no nos vuelva a pasar. Está el lado solo, ... el tradicional... vas más rápido, pero te va cegando, no vas viendo las cosas, vas en una sola línea sin ver lo que hay a tu alrededor. Por eso en el otro camino puse arbolitos. Porque vas ... abriendo tu visión, ves lo que hay a tu alrededor, diferentes pensamientos... ver cómo puedes hacerle si te vuelve a pasar otro caso igual. En el otro camino vas tu solo, solo, solo... cometiendo los mismos errores, vas haciendo lo mismo... no sabes lo que estás haciendo mal, ni sabes si te está afectando... o te da igual... ese es el significado. 60:2 ¶ 4 en R73-Entrevista final-30-nov-2022.docx

R-73 está hablando de una importante *reestructuración cognitiva-afectiva* personal, pero al mismo tiempo subraya que ha sido el proceso de reflexión colectiva dialógica una causa importante en su reestructuración.

La *reestructuración cognitiva-afectiva* se presentó en unidad con los procesos reflexivos y fue facilitada por el diálogo generado a partir de los dibujos, que a su vez funcionaron como ejercicios de síntesis autorreflexiva plasmada en papel. Así se muestra en la siguiente viñeta donde R-38, en su entrevista al final de los primeros ocho meses del curso, explicó el contenido de su dibujo que expresaba sus significados globales:

R-38: Mi dibujo, yo me describí como un médico chiquito... con un libro de McWhinney, que empecé a leer "What a fuck" ¿qué es esto? ¿no? o sea que es esto, toda esta historia, esta paja, o sea ¿para qué me va a servir? ¿no? fue mi primer pensamiento, ¡ay! para que tantas cosas... 19:7 ¶ 19, Cita en Entrevista-R38-final-17-DIC-21.docx

El siguiente párrafo muestra que R-38 logró reestructurar sus significados del curso, que en su inicio le pareció sin sustancia. Esto se puede apreciar en su metáfora de “construir una casa”:

R-38: Yo me sentí como construyendo una casa. Primero los cimientos, que fueron las bases filosóficas, para entender quien describió ese sistema de donde empezó, como empezó, y después, los ladrillos ... como fue reconstruyendo este método científico y de ahí la casa está en mano de obra... enjarrarla, pintarla, con sus métodos, con los cortos de cine para que quedaran más acentrados...[sic]” 19:16 ¶ 15, Cita en Entrevista-R38-final-17-DIC-21.docx

Por su parte, R-37 muestra sus procesos reflexivos acerca de las reestructuraciones que hizo durante el curso. Este es un ejemplo tomado de su entrevista a los 8 meses del curso.

R-37: Pienso que fue realmente un curso enriquecedor, ¡ah! sí, nunca nos enseñan esto en la universidad, nunca nos enseñan lo que es ser un médico de verdad... porque ser médico es dejar tu corazón, dejar tu persona en la consulta, echar todo de ti para que la otra persona se sienta bien y esté bien... y muchas veces lo olvidamos. Siento que es algo que todos deberíamos seguir practicando o ... empezar a practicar”. 21:4 ¶ 31, Cita en entrevista-R37-final-20-dic-2021.docx

R-37 recupera su idea del médico empático, “ser un médico de verdad”, que la escuela de medicina no promovió ni le enseñó. Por otro lado, si esa postura profesional no se le enseñó formalmente, significa que rescata una medicina buena, aquella que buscan muchos estudiantes que ingresan a la escuela de medicina con la explícita idea de “ayudar a los pacientes”. No están equivocados, el objetivo de ayudar es el eje de la medicina: “En la relación paciente-médico el propósito es ayudar al paciente, es decir, se propone volverse una relación terapéutica que frecuentemente facilita la sanación o curación en sentido holístico” (Stewart & Belle, 2003, p. 117).

El mismo residente del ejemplo anterior deja en claro la manera de cómo el curso le permitió procesar una reestructuración fundamentalmente afectiva:

R-37: Sí, yo creo que sí, porque creo que el curso me hizo ver las cosas de otra forma, porque ... en todas las situaciones de mi vida han sido... que... todo me lo tomaba más personal. Que todo lo jalaba yo ... ¡era tan empática a veces! que me abrumaban tanto las emociones de los demás... las tomaba como propias. Entonces, creo que dentro del curso... vas haciendo un trabajo interno y saber con qué si te puedes ir quedando, con que no. Para mí... fue como... madurar un poco más en que "tengo que entender que puedo ser buen médico sin... reflejar mis cosas en el otro". Entonces, creo que ha sido un trabajo interno importante para mí; en estos dos años creo que ha habido un cambio de cómo entré a ahorita, sí. Ha sido importante para mí. 63:8 ¶ 7–8 en R37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

Otro ejemplo de reestructuración cognitiva-afectiva lo relata R-69, pero en su caso el componente cognitivo es el que predomina. La viñeta se extrajo de la entrevista al final de dos años de llevar el curso y pedirle que explicara los significados de su dibujo final, comparado con su dibujo del primer año.

R-69: En el primer año hice mi árbol porque eran como las bases, las ramas, lo que estaba aprendiendo de lo que es medicina familiar, como que sembramos unas semillitas el primero de marzo [de 2021] y ya que pasó el año... vamos encontrado lo que realmente es la medicina familiar... de las ideas que estamos encontrando, y ahora comparando este año, ya sabemos lo que es la medicina familiar, ya sabemos lo que es el método centrado en el paciente, la persona; entonces, ya podemos encaminar a nuestros pacientes a que se sientan mejor en todos los aspectos, agarramos esos frutos, agarramos ese árbol, y ahora hicimos un caminito para que ¡ambos! podamos caminar por ese mismo caminito y dar mejores resultados 59:3 ¶ 6 en R69-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

Hermano residente. Un dato emergente recogido en un código denominado *hermano residente*, no se había reconocido, hasta que los profesores de la RMF comentaron que notaban camaradería y ayuda mutua entre los residentes sin distinción jerárquica o generacional. La cita siguiente muestra este código como un concepto importante para esta investigación:

R-69: La solidaridad, la tomé como en el grupo Balint, nosotros como colegas, como hermanos residentes, y usted como nuestro profesor tenemos que formar esa solidaridad, ¿no? que cualquier sentimiento o pregunta o duda que nosotros platicamos... durante todo el curso en el grupo Balint, no lo tomamos mal, todo fue una enseñanza y todos lo tomamos como hermandad.” 20:47 ¶ 23 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

Al parecer, es una muestra de *reestructuración cognitiva-afectiva*- relacionada con el ambiente de libertad de expresión y respeto mutuos mantenidos en el GTB.

Capacidad de introspección es un código que usaron con frecuencia los residentes. En la acepción del DRAE es la “mirada interior que se dirige a los propios actos o estados de ánimo” (RAE, 2024). Según el diccionario de ideas afines de Corripio, introspección es una idea afín a observación, examen, repaso, reflexión (Corripio, 2000). En este estudio se consideró un puente entre la autoobservación y el autoconocimiento y como un proceso importante en el curso para volverse médico familiar de nuevo tipo. En la cita que sigue R-69 responde en una entrevista acerca de lo que cree que le ha dejado el curso al final de los primeros 9 meses:

R-69: ...lo que me ha enseñado pues [el curso] estos últimos meses... es todo eso... hacer introspección, hacer reflexión, hacer empatía, buscar pistas en el paciente, ver cómo el paciente llega y cómo sale. Todo eso te... marca una gran diferencia durante la consulta. 9:7 ¶ 16, Cita en entrevista-R-69-28-OCT-21.docx

Según los participantes, la *capacidad de introspección* es un recurso que permite servir mejor a los pacientes a los que, por algún motivo, no nos sentimos movidos a ayudarlos, darles apoyo y cuidados más allá de medicamentos y recursos biomédicos. También, la *capacidad de introspección* ayuda reconocer los propios límites del clínico en cada caso.

E: ¿Que podríamos hacer... o que posibilidades existen cuando el médico no siente deseos, impulsos, de apoyar a un paciente que lo necesita?

R-37: ... Creo que ahí sería que el médico tenga esa capacidad... de introspección, y decir, "sabes que, yo en este caso no puedo, pero te puedo delegar a otro de mis compañeros que yo sé que te va a apoyar ... que va a darte esa fuerza que yo no puedo darte... o no se darte..." 13:20 ¶ 19 – 21 en Transc-Balint 4a sesión 8 dic 2021.docx

El *autoconocimiento* es un proceso en evolución siempre inconcluso. Los datos registrados de esta experiencia educativa confirman esta premisa. Una de las residentes de la primera generación lo expresa de la siguiente manera:

E: Ah... oye, y viendo la evolución hacia el interior de todos los residentes, ¿Tú crees que hay alguna diferencia entre la primera y segunda generación a este momento?

R-37: [tarda en responder] Pues creo que, tal vez un poquito. Eh, creo que en ambas [generaciones] hay unos que, si suelen como conocerse más, y hay otros al que les cuesta más hacer esa introspección y realmente actuar así, o sea, empáticamente y objetivo con sus pacientes. Creo que ambos tenemos nuestras dificultades, pero, yo siento que la primera generación si está un poquito más abierta, o digamos avanzada en la comprensión de que es la ecuanimidad compasiva. O sea, de que es tener la empatía y no enfrascarte con tu paciente y todo eso, creo que todavía les falta seguirlo trabajando. 63:9 ¶ 9 – 10 en R37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

El *autoconocimiento* es altamente valorado en la medicina familiar académica, porque sin él no podría haber una forma saludable, adecuada y eficiente de compartir emociones y sentimientos con el paciente:

Si queremos ser clínicos excelentes y con poder sanador, necesitamos poner atención a las emociones de los pacientes e involucrarnos correctamente; la única forma conocida de hacerlo es a través del conocimiento de nuestros propios sentimientos y conflictos. No hay forma de hacerlo con el método clínico convencional porque no enseña una forma de relacionarse correctamente a nivel emocional con los pacientes... No existe tal cosa de no involucramiento, por tanto, solo el autoconocimiento nos puede proteger del error de involucrarnos al nivel de nuestras emociones egocéntricas (McWhinney I. R., 2016, p. 28).

Centrarse en la persona del paciente

Centrarse en la persona del paciente abarca expresiones que incluyen los sentimientos del paciente, la experiencia de vivir su dolencia, su contexto familiar, comunitario y laboral, así como, su padecimiento biológico en el marco de la relación médico-paciente. Las subcategorías que la integran son: *atención plena, compromiso claro, construir confianza, suspender pre-juicios, paciencia, diagnosticar a la persona, empatía corporal, requiere un método clínico y dialogicidad diatópica* como se muestra en la Figura 14.

Figura 14. La categoría centrarse en la persona del paciente y sus subcategorías

5. Centrarse en la persona del paciente

- Atención plena
- Compromiso claro
- Construir confianza
- Suspende pre-juicios
- Paciencia
- Diagnosticar a la persona
- Empatía corporal
- Requiere un método clínico
- Dialogicidad diatópica

Nota. Esta es una categoría nodal para mostrar los logros del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

Atención plena. Para centrarse en la persona genuinamente es indispensable poner todos los sentidos en la relación que se desarrolla en el encuentro clínico. R-73 la describe cuando se le pregunta sobre el dibujo que hizo a la mitad del curso:

R-73: ...lo que quiero dar a entender con el significado de los ojos es que la mirada es una ventana, una entrada, que ¡siempre hay que mirar a las personas! [R-73 me mira a los ojos]... siempre fijamente... a veces no necesitan que digas algo. Simplemente que los estés mirando y al mismo tiempo que los estás escuchando con atención que es lo que quieren...decir, o que es lo que quieren expresar.” 40:1 ¶ 5 en R-73-entrevista-intermedia-2022-14-sep.docx

Compromiso claro. Cuando está presente un claro compromiso del médico de seguir el curso del paciente, se abren espacios de confianza entre otros beneficios para la relación médico-paciente. A continuación, se expone un caso sucedido en una sesión TB. Una residente presentó el

caso de una paciente con infección respiratoria aguda alta a quién notó cabizbaja y rápidamente descubrió que vivía una tragedia, una sobrina suya había muerto en un accidente y dejado 5 huérfanos menores de 10 años. La residente decidió apoyar decididamente a su paciente, pero el médico de base fue de otra opinión y envió a la paciente al hospital para que se descartara infección por Covid-19. Otra residente presente en la sesión opinó sobre el caso:

R-37: ...la paciente tiene una preocupación más grande que el resfriado... Y desde ese momento te tomaste el tiempo de escucharla, de realmente escucharla y hacer algo al respecto. 54:16 ¶ 18 en Balint-16-08-nov-2022.docx

Construir confianza. En otro caso donde una paciente platicó que su cáncer era una penitencia por haber abortado voluntariamente en su juventud, aparece el tema de la confianza ligada al compromiso y la atención plena:

R-69: ...Si tienen, razón, si hay como esa empatía, como que también hay esa confianza, yo siento que la paciente me tiene para platicarme esas cosas; porque no es algo que se platica, así como un chisme de día a día; sino que es algo fuerte, algo impresionante que no se platica a diario; y... que lo platique ella, siendo una señora católica, mexicana, tradicional, no es fácil. 25:23 ¶ 9 en Balint-7a-6-abril-2022.docx

La apreciación de R-69 es confirmada en todos sus puntos por R-37, la atención plena, el compromiso, construyen confianza.

R-37: Si creo que es importante ese punto de detenernos un momento a observar al paciente, a escucharlo, entenderlo, así sea una historia, a escucharla... porque a veces solo van a contarte una historia, a veces solo van a desahogarse. Entonces, es muy importante darse ese momento en tu consulta por poquito tiempo que tengas, el que sea, darse ese momentito de comentar, escucharlo

realmente, y no solo ver el expediente y darle su medicamento. 12:24 ¶ 40, Cita en Transc-Balint 3a sesion-1-Dic-21.docx.docx

La *paciencia* es un atributo importante que facilita centrarse en el paciente como se muestra en el juicio que hace un residente del caso que cuenta otro en una sesión TB, en el que expresa que está siguiendo adecuadamente el ritmo del paciente; también es claro que para ello se necesita una especie de sincronización empática, seguir al ritmo del paciente con paciencia.

R-37: Yo siento que ... si está poniéndose en los zapatos de la paciente tratando de no presionar su proceso; generalmente los procesos de culpa del pasado es algo muy difícil de cambiar... no se da de la noche a la mañana. 25:13 ¶ 30 en Balint-7a-6-abril-2022.docx

Suspender prejuicios. Otro atributo muy importante es lograr ser conscientes de los prejuicios que tenemos para poder ponerlos en “cierto suspenso” para poder escuchar de la mejor manera al paciente antes de hacer un juicio inadecuado sin darnos cuenta. Se presenta un ejemplo donde la expresión parece impulsada por un juicio previo no consciente y otro ejemplo guiado por la reflexión. Los casos no se refieren al mismo relato y ocurrieron en diferentes sesiones. El primero se refiere a una paciente que tuvo un aborto en su juventud y el otro a la muerte de un niño con síndrome de maltrato.

R-38: ...Porque ella abortó por decisión propia, y por lo que usted quiera... Porque probablemente a lo mejor, yo supongo que a la mejor ella se siente una asesina; es mi suponer... puede ser. 29:10 ¶ 56 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

Un significado implícito de “por lo que usted quiera”, podría ser que sin importar la razón por la que se realizó el aborto, la paciente tendría que sentir que cometió un crimen y, aunque no lo asegura del todo, es claro que aquí se refleja un juicio previo que se aplica al caso de manera automática.

R-37: ... Son cosas que uno va suponiendo por ideas que escuchas en las noticias, anécdotas que te cuentan de ciertas situaciones disfuncionales en la familia. O sea, tú te vas armando solito tus propias suposiciones... si lo vemos ya bien a detalle, no se puede generalizar porque no hay como todo este contexto, ni sabemos que pasó, ni todos los datos necesarios para armarlo.
30:21 ¶ 29 en Balint-9a-18-mayo-2022.docx

La reflexión sintetizada en “tú te vas armando solito tus propias suposiciones”, describe el proceso de cómo se van construyendo ideas prefabricadas que se tienen listas de manera semiconsciente para aplicarlas en la vida diaria. Pero cuando se reflexionan en situaciones concretas no pueden explicar el todo en automático, la clave es buscar las especificidades de la situación, el contexto, suspendiendo el prejuicio. La búsqueda del contexto ayuda a emitir menos prejuicios.

Empatía corporal. Esta es una categoría teórica, un concepto de Rudebeck (1992), citado por Freeman (2016), quien describe que el clínico es capaz de hacer empatía con las sensaciones somáticas del paciente. En el ejemplo que sigue una residente recibe a una paciente con infección respiratoria aguda que está en medio de una desgracia inesperada debido a que una sobrina falleció en un accidente y dejó 5 niños huérfanos:

*R-69: ...todavía nos quedaba otros 10 minutos [de la consulta] le dije [al tutor]
"doctor está pasando esto, esto, esto" y él ¿sí? ¡es urgente! Debe ir al hospital*

R-54: ¿cómo notaste a la paciente cuando le pusieron esa barrera? [R-69 expresó literalmente lo siguiente ante la pregunta de R-54]: “como que... no muy a gusto, porque como que ella, sí tengo EPOC, hipertensión y todo eso, pero me siento bien de eso, no me preocupo por eso, si tengo gripa, pero no quiero que se haga más feo, ¡porque tengo a mi familia ahí!” 08:01. 54:20 ¶ 8 en Balint-16-08-nov-2022.docx

El texto entrecomillado es lo que R-69 imagina que la paciente sintió somática y mentalmente en el momento de la consulta. Su descripción coincide con la descripción de la *empatía corporal* de Rudebeck como se ve en la cita que sigue, recogida por Freeman (2016):

Al comenzar la consulta, se ve al paciente como un todo, antes que cualquier atención al detalle. El encuentro es un compromiso emocional entre médico y paciente. La atención del médico debe estar hacia el paciente y su sentimiento o compasión por el paciente debe ser una comprensión imaginativa de toda la situación del paciente. La capacidad de empatía corporal es fundamental para la competencia clínica general del médico de familia. La empatía corporal es una vía para la comprensión de las emociones y la experiencia corporal (Rudebeck, 1992, como se citó en Freeman, 2016, p. 122).

Diagnosticar a la persona. Algunos residentes lograron captar desde las primeras fases del curso la enorme distancia que existe entre las etiquetas diagnósticas biomédicas y la expresión única del sufrimiento, es decir, que “el padecer es único y personal”, la expresión del sufrimiento es única, personal. Entenderla es parte del diagnóstico de la persona.

R-69: ... el sufrimiento es diferente en cada persona con una misma enfermedad, o un conjunto de signos y síntomas. Para uno como médico, es igual, o sea, unos signos y síntomas son una enfermedad fulana de tal; pero para el paciente los signos y síntomas como tales no existen, porque él va a manifestar de forma diferente cada enfermedad. Habrá personas que cursen una enfermedad

terminal de forma, "bien" por así decirlo, o "aceptable" y habrá otras que se tiran al llanto... 26:1 ¶ 6 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx

El ejemplo anterior podría resultar obvio para alguien que no ha sido formado como médico, pero que ha tenido la experiencia de una enfermedad que le ha limitado seriamente la función en su vida diaria; paradójicamente no es evidente para los médicos formados por 6 años en la idea de que el centro de todo su quehacer es la enfermedad, especialmente las patologías graves. Por eso es importante que la comprensión acerca de la individualidad del padecer se haga desde las primeras etapas del curso RAVI-JAL.

Requiere un método clínico. Centrarse en la persona se puede hacer de manera intuitiva, pero parece que los residentes reconocen que aprender un buen método clínico “ad hoc” acorta el tiempo para llegar a generar confianza y efectividad en el ejercicio clínico.

R-69: ...sí se dan consultas buenas, bonitas, pero a veces ahí hay... algo ...que hace falta, para que el paciente se vaya 100% beneficiado... a veces...se quedan con la carita así de: "¿Y no va a hacer esto?, ¿no me va a pedir esto?, ¿no me va a dar esto?". Entonces, yo creo que falta como un toque extra de ver bien al paciente que tienes enfrente. Entonces si podemos hacer un curso, para que... los demás médicos entiendan lo que es realmente la ecuanimidad compasiva, y hacer esa introspección, esa reflexión, yo creo que el instituto, la clínica, sería muchísimo mejor. 9:17 ¶ 32 – 33, Cita en entrevista-R-69-28-OCT-21.docx

No hay algo en la vida que no tenga alguna o muchas desventajas y centrarse en el paciente también las tiene; una preocupación que apareció en las primeras fases del estudio es la siguiente:

R-54: Creo...de forma muy personal, que entre más se centra uno en el paciente más desgastante es para el médico...es más el tiempo que le inviertes, no solo el tiempo en consulta, el tiempo que tomas después de, de darle seguimiento a tu paciente. ¿Cómo siguió? ¿Oiga cómo...? nos vemos en la

próxima semana; para mi es muy importante que lleve esto a cabo, que tome tal medicamento, bla, bla... entonces, es desgastante, porque es difícil, creo que es de lo más difícil... es lo más fácil de hacer mal. Es lo más fácil de equivocarse si no tienes bien orientado tu método y no sabes... puedes desgastar mucho, tanto al paciente como a uno. 31:3 ¶ 5 en R1-2aG-MCCP-2-18-Mayo-22.docx

Un primer significado es que implícitamente se considera a la “consulta como solamente” el tiempo dedicado a la semiología, exploración física y prescripción del tratamiento, y que dialogar sobre el sentir del paciente y otros temas, lo que aquí R-54 denomina “seguimiento”, es cuestión adicional a “la consulta”. También se dice sin declararlo que existe miedo de equivocarse y eso es desgastante. Esta preocupación de R-54 aplica a médicos ya formados que recién descubren el MCCP en sus aspectos teóricos, pero que no han podido probarlo en seguimiento por meses en grupo Balint. Esta preocupación, relacionada con la complejidad de la EC, expresa también una barrera para emprender su aprendizaje y adopción en la práctica.

Dialogicidad diatópica. Este es un concepto que se refiere a la capacidad de buscar acuerdos a pesar de que los dialogantes partan de visiones culturales distintas y que, por esta razón, puede haber un malentendido desde el inicio mismo del diálogo. La única manera de entenderse es establecer un diálogo con un pie en cada subcultura, pero sin asumir que el conocimiento científico es el “único criterio de verdad”, un principio que permitiría llegar a intereses mutuos o “isomorfos”, en el planteamiento de Santos (2018). La idea corresponde a las siguientes viñetas, que hablan de lo difícil que es que algunos pacientes asuman la necesidad de cambios en su vida cotidiana:

R-69: ...Tu alimentación, tu ejercicio, tus medicamentos, blablablá” ... pero aun así siguen llegando con glucemias súper altas; pero, y a veces por eso el médico

se enoja, se frustra, porque no hacen caso [los pacientes]... [Silencio]... 29:13

¶ 19 – 20 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

E: ¿Podríamos entonces pensar que no es posible dialogar con los pacientes cuando tienen una concepción diametralmente opuesta a la que nuestra subcultura plantea?

R-69: ¿Que es difícil? ¡Sí! imposible ¡no! Porque tienes que hacer introspección, y como esa transferencia, conocer bien a tu paciente para saber porque piensa así. Para que entre los dos hagan un acuerdo mutuo acerca de cómo llegar a la mejoría. Porque si no llegas ahí, ¿Que estás haciendo por tu paciente?” 29:11 ¶ 21 – 22 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

Lograr un diálogo diatópico no es sencillo, no parece que todos los participantes lo hayan logrado, en una sesión hicimos un ejercicio de cómo poder enfocar un diálogo cuando hay diferencias importantes de puntos de vista entre médico-paciente.

R-38: Si estoy enojado, debo pensar más bien que voy a decir...

E: Trata de actuarlo

R-38: Bueno si usted es la señora yo le diría, ¿Pero por qué cree usted que la culpa es de Dios? ¿su enfermedad es de Dios? ¿Por qué tiene que meterlo a Él?, o sea, la enfermedad es natural y se desarrolló en usted, pero no es culpa de nadie, ni del cuerpo, se presentó y punto. Al final de cuentas no es culpa de nadie, ni de usted ni de Dios ni de nadie, a alguien le tenía que pasar y le pasó a usted. Imagínese si todas las enfermedades fueran culpa de Dios, pues todas esas enfermedades con que está la gente batallando es culpa de Dios, ¡claro que no! No es culpa de nadie. 29:15 ¶ 33 – 35 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

La clave vuelve a ser la emoción intensa que nubla la razón, que descarta otras explicaciones posibles, que no permite la ecuanimidad y bloquea la empatía necesaria para iniciar

el diálogo diatópico. Esta explicación puede sustentarse en la siguiente viñeta, extraída de la misma sesión:

R-69: Yo podría relacionar ese enojo -que posiblemente siente R-38 porque a lo mejor podemos decir "Okay esta paciente no es por decir estudiada [de bajo nivel escolar] no tiene conocimientos científicos, conocimientos básicos de la salud, y a la mejor por ser tan católica, tan mexicana, tan tradicional, se pone esa culpa ilógica a su padecimiento actual." A lo mejor por eso, muchos de los médicos se podrían enojar, porque no entienden que los pacientes tienen a veces una completamente diferente ideología o pensamiento que uno que sabe de ambas cosas, ¿no?, de cultura y ciencia. Tienen como que esa dificultad para hacer ese clic, y empatizar con el paciente. 29:6 ¶ 15 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

La categoría de *centrarse en la persona* podría ser vista como la demostración de que es posible superar las barreras del aprendizaje de la EC y que los residentes pueden aprender ese concepto y llevarlo a la práctica cotidiana en situaciones estructurales desfavorables.

Significados del proceso de enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

En la sexta categoría *significados del proceso de enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva* se reúnen frases, oraciones e ideas de los participantes que refieren, explícita o implícitamente, a sus significados acerca del proceso de enseñanza-aprendizaje de la EC. Las subcategorías principales en que se reunieron estos datos son: *una nueva medicina familiar, valoración del MCCP y volverse médico familiar de nuevo tipo*. Este último significado está desglosado en cinco propiedades, *cambiar de chip, volverse versátil, superar el estigma social de la medicina familiar mexicana, encontrar confort y reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana* como se muestra en la Figura 15.

Figura 15. Los significados del proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva, sus subcategorías y propiedades.

6. Significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva

- Una nueva medicina familiar
- Conocimiento y valoración del método clínico centrado en el paciente
- Volverse médico familiar de nuevo tipo

- Cambiar el chip
- Volverse versátil
- Superar estigma social de la medicina familiar mexicana
- Encontrar confort
- Reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana

Nota. Los significados del proceso de EA son muy amplios, aquí se destacan los que se consideraron esenciales para explicar la categoría. Destaca la subcategoría de volverse médico familiar de nuevo tipo del que pudieron identificarse cinco propiedades destacadas.

Una nueva medicina familiar. La “reestimación de la medicina familiar” y la “nueva medicina familiar” son un continuum con una amplia zona de indefinición como se ve en las siguientes citas, por lo que se decidió fusionarlas en una sola subcategoría “una nueva medicina familiar”, la cual incluye las ideas que proyectan la visión de una forma de ejercer la medicina familiar en México, donde emociones y sentimientos de paciente y médico son considerados y se incluye el contexto; para ello se usa un método clínico que permite manejarlos con la finalidad de mejorar los recursos para la salud de los pacientes.

R-69: ... el caso clínico, es otra cosa que no habíamos visto, fue muy bonito, porque siempre era de que te llega un paciente, el motivo de consulta, evolución, blablablá, pero no vemos porque siente el paciente eso... y conforme vamos viendo en medicina familiar en ese nuevo enfoque pues vemos su entorno de todo lo que lleva el paciente...estamos viendo como un médico familiar pudo

conformar un diagnóstico, un tratamiento y darlo efectivamente...[no sólo] para el paciente, sino también para que el familiar sienta un poco de alivio. ... la medicina familiar es todo un conjunto, todo un panorama completo, no solo tenemos al paciente, sino la familia... con ese caso que presentó este médico, lo vemos. 20:16 ¶ 15, Cita en Entrevista-R-69-final-17-Dic-21.docx

La aportación de R-69 es clara; primero reconoce que el caso real centrado en el paciente no le fue enseñado antes, y expresa con precisión que esto le permite ver que la familia del paciente es incluida en el enfoque; hay también un sentido de contento al saber que un médico familiar pudo hacer que los familiares aliviaran su pena, sin descuidar el lado biomédico del caso. En el mismo sentido, otro residente resume que el médico ve la enfermedad, la autonomía del paciente, el sentir de los familiares, “todos los aspectos”.

R-38: En este caso clínico de Edgar ... vemos la diferencia de una historia clínica diferente a la común ... aquí el médico se centra en el paciente en su sentir durante el desarrollo de su enfermedad, en este caso, un “linfoma de Burkitt”; en su autonomía, en el sentir de los familiares, el médico se interesa en todos los aspectos. 5:1 ¶ 6, Cita en Escrito-Caso-Edgard-27-oct.docx

La entrevista con R-69 a los 22 meses del curso confirma la consolidación de sus procesos de reestructuración afectivo-cognitiva y la reestimación de la medicina familiar que abre la perspectiva de una nueva medicina familiar. Lo expresa literalmente en la siguiente viñeta:

R-69: Es un curso muy bonito... aprendimos una medicina familiar completamente nueva, porque lo que dicen otros libros... es lo de ayer ...muy anticuado [risitas], ¡ya no nos sirve! Hoy tenemos nuevas generaciones más abiertas ... se necesita este tipo de medicina familiar, la verdad. 20:21 ¶ 19, Cita en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

La idea de una nueva medicina familiar a partir de una reestimación de la actual dominante, probablemente se entiende mejor cuando se examina una reflexión acerca de cómo llegaron los residentes a este curso:

R-69: ...cuando llegamos no sabíamos bien qué era la medicina familiar. Yo tenía la noción de que era como educación para la familia, meramente prevención, y ya... nunca pensé que iba a llegar tan profundo como los sentimientos... 9:6 ¶ 15, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

El extracto anterior es de octubre de 2021, y los que siguen son de la entrevista final en diciembre de 2022.

E: Ah, muy bien, y ¿cómo compararías tu misma tus dibujos anteriores? ¿te acuerdas aquel del árbol inicial y este?

En el primer año hice mi árbol porque eran como que las bases, las ramas, lo que estaba aprendiendo de lo que es medicina familiar, como que, que sembramos unas semillitas el primero de marzo [de 2021] y ya que pasó el año vamos, pues vamos encontrado lo que realmente es la medicina familiar. Entonces, y de las ideas que estamos encontrando, y ahora comparando este año, ya sabemos lo que es la medicina familiar, ya sabemos lo que es el método centrado en el paciente, la persona; entonces, ya podemos encaminar a nuestros pacientes a que se sientan mejor en todos los aspectos, agarramos esos frutos, agarramos ese árbol, y ahora hicimos un caminito para que ¡ambos! podamos caminar por ese mismo caminito y dar mejores resultados

E: ...me llama la atención que usaste las palabras "ya sabemos" ¿Tú crees que el resto de tus compañeros tengan una idea muy parecida a la tuya? ¿Tú cómo ves tus semejanzas, tus diferencias con ellos? R-69: Quizá con mis compañeros R2, si tengamos más o menos la misma idea... mis compañeros R1 como que todavía siguen averiguando que es realmente la medicina familiar, porque uno de mis compañeros tenía como una galaxia [en su dibujo], como que todavía se

sentía algo perdido, abrumado, con muchas ideas de lo que es medicina familiar, todavía como que no concretaba. 59:4 ¶ 7–8 en R69-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

En la última entrevista, a los 22 meses del curso, R-38 reiteró su cambio de punto de vista hacia *una nueva medicina familiar* que rompe el paradigma del modelo actual que consideró insuficiente. Esto lo expresó comentando el último dibujo que hizo:

R-38: ...mi dibujo ... significa un médico, graduado porque ya tiene nuevos conocimientos en base a una nueva medicina familiar. ...puse una burbuja de todos los conocimientos que se lleva ese médico graduado como: conocer los Grupos Balint que conllevan... un caso clínico y siempre tiene que haber un paciente pista, y pues siempre indicar lo que es la ecuanimidad compasiva, siempre tener en cuenta eso. Y pues, los médicos familiares rompiendo paradigmas, o sea rompiendo el clásico médico familiar y transformado en un nuevo médico familiar con ese método. 57:1 ¶ 4 en R38-Entrevista final-30-nov 2022.docx

R-38 ha construido una idea personal de una *nueva medicina familiar*, a partir de los conocimientos que ahora tiene y en la que los Grupos Tipo Balint tuvieron influencia relevante, dado que el los aprecia sin mediar una pregunta expresa. Esto constituye una prueba de la relevancia que ha tenido *la reflexión individual y dialógica* grupal en el proceso de aprendizaje de este proyecto. Y concuerda bien con los conceptos de la psicología histórica cultural del aprendizaje explicados en el marco teórico. Además, su mención de la ecuanimidad compasiva significa que ha incorporado el término a su lenguaje, que la tiene en alta estima y que la asocia al “rompimiento” con el modelo educativo dominante en México en la formación del médico familiar. Esto se puede observar en las conversaciones que tiene con otros residentes que han seguido en el modelo tradicional de formación:

R-38: ... le he agarrado sabor a esta forma de aprendizaje, porque uno ve otros...médicos familiares, porque tengo amigos familiares... trabajando como médicos familiares, amigos residentes, y con las perspectivas que hemos dado... “Oye, yo estoy viendo esto, ¿tú qué viste?”, ellos, algunos conceptos... no los ven como nosotros de profundo, o no los conocen. Entonces ... me siento muy afortunado de poder ... entrar a esta experiencia y comprender más... un conjunto de lo que es la medicina familiar, con todo y el paciente” ...” 7:10

¶ 26, Cita en entrevista-R38-5-NOV-21.docx

“Agarrar sabor”, es una expresión inequívoca en la cultura mexicana de que el referente ha gustado en grado importante y, como se deduce de las citas anotadas, hay una comparación con personajes cercanos, algunos ya en la práctica en el sistema de salud. La comparación del proceso que ha vivido R-38 es favorable y expresa su contento al sentirse afortunado de participar en esta experiencia de enseñanza-aprendizaje. Un claro cambio de actitud -una reestructuración afectivo-cognitiva- atribuible a una reestructuración de su conocimiento, o dicho en los términos de los residentes un cambio de chip.

La comunicación dialógica con internos de pregrado (médicos en formación en el quinto año de la carrera) durante el trabajo en clínicas y hospitales es una oportunidad que toman los participantes del estudio para reivindicar los nuevos conocimientos y valores aprendidos en el curso:

R-69: ... yo les pregunto, o ellos me dicen: “¿Qué piensas de meterme a gine [ginecología y obstetricia]?”, o “¿Qué piensas de meterme a cirugía?”, orto [ortopedia y traumatología] o lo que sea. Y les digo: “Pues está bien, lo que a ti te gusta es... lo que más vas a sobresalir”. Les platico lo que yo he aprendido [en la residencia de medicina familiar], y también como que les da otro aporte a

lo que pueden hacer con su carrera.” 9:12 ¶ 22, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

R-69 reestima la nueva medicina familiar que está aprendiendo y la pone al mismo nivel de prestigio de otras especialidades médicas. Por ende, la ve merecedora de ser elegida en igualdad de condiciones como futuro profesional.

Conocimiento y valoración del método clínico centrado en el paciente. La valoración del MCCP es uno de los datos más claros que se generaron en esta investigación, este método de comunicación clínica recibió alta valoración desde etapas tempranas del curso.

R-69: El método centrado en el paciente ... fue muy llamativo, porque vimos la medicina desde otro punto. ¡Más bonita!... lo vimos centrado en el paciente... su padecimiento, su enfermedad... lo vimos detallado y nos abrió los ojos a lo que es otra medicina ¡la verdad! Porque antes era que signos y síntomas, exploración física, laboratorio y gabinete y blablablá... muy, muy impersonal ... tiene más herramientas para ayudar a ese paciente. 20:50 ¶ 15 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

La distinción entre enfermedad y experiencia de padecerla es un conocimiento de alta relevancia para la medicina familiar académica, por lo que es un principio que está profundamente contenido en el MCCP. R-54 lo valora en alto grado, y lo mismo hace con el contexto, cuando se le pregunta que ha sido importante para él en el curso:

R-54: ¿Qué elementos son para mí los más importantes? Bueno, a mí me gustó mucho lo de los componentes [del MCCP], el grado de involucramiento y de relación terapéutica que puedes llegar a tener con un paciente. Yo no había pensado en el padecimiento y en la enfermedad en lo que llevo estudiando medicina en la carrera; sin embargo, es un tema muy importante porque si no

conocemos el contexto de la persona, difícilmente vas a entender su padecimiento 42:1 ¶ 8 en R54 Entrevista intermedia-2022-14-sep.docx

Durante el curso hubo la oportunidad de tener algunos datos que articulan el conocimiento adquirido puesto en práctica real. Se cita un ejemplo de un relato donde una residente aplica con destreza el MCCP en un caso que describe y que su médico de base obstruyó de varias maneras. La residente atendió muy bien el lado biológico y el psico-cultural del paciente, hizo un diagnóstico de la enfermedad y de la persona; la mejor valoración del MCCP que se podría esperar es ver su puesta en acción con efectividad:

R-69: ¡sí! tiene un cuadro gripal obviamente, pero esto es nada más una parte de su padecer, lo que está exacerbando su cuadro gripal es ¡la angustia que ella tiene de su familia! [dicho con notorio énfasis]. Estaba oxigenando súper bien 94%, no había asfixia o algo por el estilo. Simplemente por la pura gripa y porque ya era mayor de 60 años no le podías dar ni licencia ni, o nada por el estilo, “¡váyase a urgencias! para que le hagan su prueba de COVID o de influenza, por el momento aquí está el salbutamol [una receta con ese medicamento] que le vaya bien.” Y yo me quedé... [expresión de impotencia, sorpresa, inconformidad con el rostro y las manos]. 54:4 ¶ 3 en Balint-16-08-nov-2022.docx

R-69, había descubierto oportunamente que la paciente estaba pasando por una severa crisis familiar derivada de la muerte accidental y súbita de una sobrina suya que había dejado huérfanos cinco hijos menores de diez años, situación que estaba en la base del cuadro clínico respiratorio. La valoración biopsicocultural de R-69 fue precisa, objetiva y subjetivamente, pero su tutor le impidió iniciar el tratamiento y hacer el seguimiento de la paciente, un ejemplo demostrativo de las barreras para el aprendizaje de la EC que ha revelado este estudio.

Una valoración del MCCP desde cero es la que hace R-54 en las siguientes viñetas, primero el desconocimiento total del MCCP y después sus descubrimientos:

R-54: Tanto la residencia cómo el método, ni siquiera sabía que era el método clínico centrado en el paciente, ni siquiera sabía que íbamos a tener esa materia, porque nada más decía "medicina familiar". Y entonces, yo llegué con cara de what a la residencia. No tenía idea; por eso dibujé el emoji, ese del monito de bueno ¿qué va a pasar?

R-54: Para mí lo más importante fue poder cuantificar los componentes [del MCCP] porque no tenía idea de que tanto te puedes involucrar en una consulta, o que tanto te puedes involucrar con un paciente. El hecho de conocer los componentes, y saber que las experiencias del médico cuentan, que las experiencias del paciente cuentan, que hay que encontrar un puente común y trascender esa consulta de lo personal a lo psicológico y mental, y esa alianza terapéutica que logra es lo más importante. Lo que más se me graba. La verdad es que son muchas cosas, pero esa específicamente, lo de los componentes se me hace muy padre [digno de encomio, estimulante]. 61:10 ¶ 12 en R54-Entrevista final-30-nov-2022.docx

Estas dos últimas viñetas permiten inferir que, aunque los significados del proceso de enseñanza aprendizaje que este proyecto generó, pueden ser separados en subcategorías con fines analíticos, en la realidad que vivieron los residentes, la *reestructuración cognitivo afectiva* es simultánea a la reestimación de la especialidad de medicina familiar que conduce hacia la idea de *una nueva medicina familiar* – diferente al modelo dominante de educación y práctica- donde el conocimiento y dominio práctico del MCCP más la comprensión de la ecuanimidad compasiva, constituyen las características principales de esta *nueva medicina familiar mexicana*.

Volverse médico familiar de nuevo tipo. Es una subcategoría de *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la EC* que intenta explicar las dificultades para adoptar una nueva forma de ver a la medicina familiar como algo más que un modelo organizacional de la Atención Primaria de los sistemas públicos de salud mexicanos. Los residentes ven a la *nueva medicina familiar* cómo una disciplina entrelazada, contextual y cambiante donde se atiende a la persona en sus dimensiones, biológicas, psicológicas, familiares y comunitarias. Las propiedades de esta subcategoría se describen en la Figura 15, *cambiar el chip, volverse versátil, superar el estigma social de la medicina familiar mexicana, encontrar confort.*

Cambiar el chip, este concepto nació de un código en vivo y se refiere a que el “chip de la enseñanza previa puede cambiarse” pero que se requieren algunas condiciones y voluntad para hacerlo. Los participantes mencionaron la expresión coloquial *cambio de chip* cómo equivalente a tener una nueva panorámica mental que incluye el conocimiento y práctica de la EC y del M CCP.

E: ¿A pesar de ese ambiente adverso, crees tú que otros residentes puedan aprender lo que significa la ecuanimidad compasiva?

R-38: Sí, creo que si se maneja un curso especializado con todos los... con todas las semanas necesarias, claro que los nuevos médicos familiares deberían de entender que es la ecuanimidad compasiva para poder cambiar el chip que todo mundo trae... y empezar a aprender nuevas formas de entender al paciente. 57:3 ¶ 7 – 8 en R38-Entrevista final-30-nov 2022.docx

E: ¿Crees tú que otros residentes pueden aprender lo que tu aprendiste?

R-69: Dependiendo, yo creo que sí. Si pueden dejar esa enseñanza que nos dieron antes del método biomédico, si pueden hacer intercepción [autoobservación] entre sí mismos y pueden tocar un poquito más el sentido humano, yo creo que si se puede. ...si pueden hacer esa

introspección a sus sentimientos a sus emociones y poder derivarlas a sus pacientes, yo creo que sí se puede. ...siempre y cuando ellos quieran, porque no puede ser algo forzado. Tienes que sentirlo. 20:31 ¶ 9 – 10, Cita en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

Pero no basta aprender el concepto de ecuanimidad compasiva en un nivel discursivo, hay que practicarla. Los médicos familiares de nuevo tipo deben ser personas dispuestas a cambiar verdaderamente su manera de ver la práctica de la medicina familiar. A la pregunta de qué tipo de persona aprenderían mejor esta nueva forma de ver la medicina familiar respondieron:

R-37: ...que sean personas que están dispuestas a cambiar ese chip que traemos desde el principio de la universidad... porque no todos actúan, nada más se quedan con el aprendizaje, pero no lo hacen 63:14 ¶ 18 en R-37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

Volverse versátil, para poder adaptarse a cada paciente que atiende.

R-37: ... creo que te tienes que volver multifacético para irte adaptando a cada paciente que se te va presentando. ...tienes que reflejar o empatizar con tu paciente para poder conectar con él y no permitir que sus emociones y sentimientos te afecten a ti. Tienes que ir tanteando el terreno... adaptándote a cada persona... te tienes que volver versátil en muchas actitudes con muchas cualidades que tienes que desarrollar. 43:3 ¶ 5 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

R-54: Yo creo que como dijo R-37... es parte del adiestramiento de un buen médico. El cómo sí debe de adaptarse a la persona y no creo que sea una cuestión de hipocresía, es más bien una cuestión de personalización a cada uno de los pacientes. 43:5 ¶ 6 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

Superar el estigma social de la medicina familiar mexicana, que la identifica como sinónimo de un rígido modelo burocrático insensible y con un médico familiar con escaso prestigio social, que es necesario cambiar para ser reconocido cómo un médico familiar de nuevo tipo:

R-38: Yo creo que con toda esta formación que nos está dando [menciona una institución de salud] ... nos está dando otra visión de lo que es el médico familiar, que no precisamente: "son los que dan la incapacidad, son los que avalan con la pura consulta, los que se la pasan derivando a otros servicios". A lo que me refiero es que hacer diferencia es quitar ese estigma que nosotros tenemos porque ya nos ha pasado muchísimas veces... que la gente reconozca y diga: "No, no tan solo me dio la receta o me dio la derivación, también me está ayudando porque también traigo otras cosas, que la gente diga": "No también me está ayudando porque salieron otras cosas, que es lo que yo traigo, para poder yo salir adelante, o ya entendí por qué, cual, por qué esta es mi enfermedad..." 57:11 ¶ 35 en R38-Entrevista final-30-nov 2022.docx

Encontrar confort. Sin lugar a duda el agradecimiento sincero de los pacientes es un elemento reconfortante reconocido en la medicina (Bazari, 2010) que protege la salud del médico:

R-54: ...habrá emociones que nos van a marcar muy fuerte, el primer paciente que fallece, el primer pleito con un paciente, tu primer paciente que te ganas, tu primer parto, el primer paciente que le salvas la vida... La primera vez que te dan las gracias por algo, todas esas emociones se te quedan guardadas y son aquellas que te van forjando el carácter que te va formando como médico y como persona que se conjuntan. 43:18 ¶ 36 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

R-38: ... el agradecer es una satisfacción para nosotros porque es señal de que vamos bien, vamos haciendo bien nuestro trabajo;

E: ¿Por qué el agradecimiento de los pacientes es importante?

R-38: Es importante porque nos da, bueno, nos trasmite que tuvieron la confianza... es satisfacción... 43:29 ¶ 37 – 38 en Balint-14-5-Oct-2022.docx

En la visión de los participantes, encontrar agradecimiento de sus pacientes se tradujo en satisfacción, es una confirmación de que han hecho bien su trabajo, lo que les reconforta, estimula y favorece el proceso de ser compasivo a la vez que ecuánime.

Reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana. Es una idea con aceptación general entre los cinco participantes que fue expresada en momentos diferentes del curso:

R-73: ...es una clase que nos deberían de enseñar desde la facultad, porque es muy complejo y difícil llegar a un grado de ecuanimidad compasiva con los pacientes... entender que no todas las enfermedades tienen un trasfondo patológico, sino también ... emocional. ...es algo que siempre deberíamos de seguir estudiándolo y que se debería de llevar a la práctica en todas las residencias. Hay muchos residentes que tratan nada más la enfermedad y dejan de lado a la persona. Es una herramienta que nos podría funcionar desde el primer semestre de medicina. 40:6 ¶ 13 en R73-entrevista-intermedia-2022-14-sep.docx

R-54: Integrar este tipo de bibliografías en la carrera, estaría súper chido [sería muy bueno, excelente], porque cambiaría mucho el concepto de la medicina desde que estoy estudiándola. 42:3 ¶ 12 en R54 Entrevista intermedia-2022-14-sep.docx

La siguiente cita sintetiza la importancia de cambiar la enseñanza para favorecer el proceso de volverse médico de nuevo tipo y para superar el desprestigio de la medicina familiar como especialidad por considerarla sinónimo del sistema de atención con ese nombre.

E: ...me llamó la atención que dijiste: "Enseñar a internos y familiares", ¿puedes ahondar un poco más en eso?

R-69: Sí, como todo el gremio médico observa u opina, medicina familiar no es para ellos una gran cosa. Lo ven como algo muy mínimo. Y cuando uno va... diciendo lo que yo estoy aprendiendo, lo que voy haciendo durante la consulta, se quedan un poquito: "Ah, no es solamente medicina general". Tiene qué ver con medicina interna, que ver... psicología, psiquiatría, muchos elementos que ellos no conocían. Y a partir de esto tienen más confianza en ir con un médico familiar. 9:23 ¶ 18 – 20 en entrevista-R-69-28-OCT-21.docx

Reflexión individual y dialógica

La séptima categoría de análisis *la reflexión individual y dialógica* es de tipo teórico, se define aquí como “un proceso de indagación y deliberación desde puntos de vista lo más amplios posibles” (Canabal-García, Gracia-Campos, & Margalef-García, 2017). El componente dialógico tiene algunos principios, la reflexión debe crear sentido, ser solidaria, es decir justa, el diálogo debe ser igualitario (contrapuesto al autoritario) y debe considerar válidas todas las contribuciones (Feijo-Mendieta, Rojas-Guaman, Mendoza-Martín, & Bravo-Sánchez, 2023). El proceso de reflexión individual se dio de muchas maneras y la interacción dialógica se dio principalmente en las sesiones tipo Balint, como se muestra en la siguiente viñeta, donde la reflexión individual y grupal se dan en un proceso inseparable de la *reestructuración cognitiva-afectiva y la reestructuración de emociones y sentimientos de experiencias previas*.

R-69: ...si, pues ya después de leer la transcripción vi ...lo que quería hacer por mi paciente... yo estaba poniendo como que mucho de mi en el caso, o sea, muchas de las cosas que yo quería lo sentía yo... vi que no era... ¿cómo le explico? La paciente sentía una culpa, pero yo no quería que la paciente la sintiera, o sea, yo me quedé como medio estancada en eso. Ya después de leer la transcripción, después de lo que comentaron mis compañeros, poco a poco fui dándome cuenta de que, a lo mejor, no es tanto como una culpa que ella siente ahorita, al principio quizá sí, pero ahorita ya no, ahorita ... como que ya aceptó su enfermedad, ahora lo está tratando como algo positivo. 29:2 ¶ 5 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

De igual manera la interacción fuera de los momentos de curso, durante las guardias en el hospital y en la consulta de la clínica parecen muy importantes. En una entrevista al final del proyecto apareció el tema:

E: ... esa interacción que tiene tu generación con la generación que empezó después, fue en el sentido de facilitarles a los nuevos lo que les suscitó más dificultad; ¿Cómo me platicarías eso? ¿Cómo se da ese proceso?

R-37: Pues creo que era como en convivencia diaria, ahí comentando como: "ah pues hoy vimos esto con el doctor... ¿Cómo lo vieron?" o no sé... y ya nosotros platicarles, ... "acuérdate que en estos casos este, tienes que aplicar tu ecuanimidad compasiva, acuérdate... tienes que ser más empático con tus pacientes..." porque a veces se les va cómo que el rollo [se ríe]...es más bien cómo una guía, digámoslo así, no es como estar dándoles clases [ríe sonoramente]. J. 63:27 ¶ 14 en R37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

Al principio de una sesión tipo Balint, los prejuicios de los residentes respecto al aborto voluntario dominaban las opiniones. Sin embargo, al final de la sesión, estas opiniones se reestructuraron en una visión más abierta. Es importante aclarar que esta sesión se dio después de que los residentes habían leído la transcripción de la sesión de una semana antes donde se presentó el caso clínico.

R-38: ...ella abortó por decisión propia, y por lo que usted quiera, pero... probablemente a lo mejor, yo supongo que a la mejor ella se siente una asesina... 29:10 ¶ 56 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

R-69: ... lo que yo entendí por mis propias experiencias, porque también yo soy católica, es que yo lo veo como un pecado, o sea, un aborto no se hace...29:19 ¶ 43 – 44 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

Tanto R-38 como R-69 expresan un prejuicio que actúa como sensor en la primera parte de la sesión, “el aborto voluntario es un asesinato, o un pecado”. Más tarde ambos participantes modulan sus opiniones probablemente como resultado del proceso reflexivo dialógico:

R-38: ...yo no podría decir que el aborto es bueno o malo, porque ...es parte de una decisión difícil, pero, si la haces es porque tienes tu base de porque lo vas a hacer... Entonces, en este caso... faltó la pericia, por eso estamos aquí para aprender, preguntar más...

(...) Yo esta parte cerraría de que... cuando estemos con el paciente, que nos esté diciendo... su sentir, creo que cualquier cosa que no entendamos, indagar más con preguntas. Para no quedarnos con una idea errónea, probablemente, por falta de recursos en la entrevista que estamos haciendo. Yo cerraría de que hay que conocer más profundamente al paciente, antes de tomar nuestras propias opiniones o argumento... 29:27 ¶ 58 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

R-69: ...lo mismo, conocer más a profundidad al paciente no solo para entenderlo, sino también para saber cómo preguntar las cosas, sin faltarles al respeto, sin herirlos, sin causarles un trauma más. En eso me voy a enfocar mis preguntas para llegar a buenas respuestas, pues, a lo que quiero conseguir, tanto conmigo mismo y también con la paciente. 29:28 ¶ 59 en Balint-8a-3-mayo-2022.docx

En las dos viñetas previas se puede ver que la reflexión grupal permitió que ambos residentes suspendieran prejuicios y comprendieran que necesitan ir más a fondo para conocer mejor el contexto, al tiempo que afinan sus habilidades para indagar sin herir.

En la siguiente viñeta se muestra una reflexión sobre las capacidades de observación clínica que ha aprendido una residente y de la utilidad que esto le confiere en el ambiente real de trabajo de la institución donde se desempeña, al tiempo que se forma un concepto propio de la medicina familiar como disciplina profesional.

R-69: ...lo que me ha enseñado estos últimos meses... es ... hacer introspección, reflexión, empatía, buscar pistas en el paciente, ver cómo el paciente llega y cómo sale. Eso... marca una gran diferencia durante la consulta pues nomás

tenemos 20 minutos, y esos 20 minutos hay que aprovecharlos al máximo para darle el mayor beneficio al paciente. Entonces, de todo esto, yo creo que la primera parte del libro de McWhinney y lo que es la ecuanimidad compasiva, es lo que más me ha... me ha ayudado a entender la medicina familiar. 9:8 ¶ 16, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

Los relatos compartidos en las sesiones Balint facilitaron revelaciones de sentimientos íntimos que no son fáciles de comunicar por su significado socialmente negativo, como éste en el que un residente expresa sus reacciones emocionales ante el relato de la experiencia de otro residente con un “caso difícil”:

R-38: Desde el principio [con voz clara, directa, sin titubear] cuando estaba escuchando el relato me transporté y pensé si hubiera sido yo, hasta me hubiera agarrado a cabronazos con el señor; o sea yo en mi temperamento. Y ahorita pues ya lo reconoces y dices "bueno, pues, como que ya me apacigüé y digo, si es cierto, está cómo que hay que primero pensar las cosas", ... lo mejor es dar, lo que tú sabes de tu trabajo y de ti para que al final haya esa emoción de decir, "lo hice por la paciente y no por el familiar, lo hice por ella" y se queda uno con la satisfacción de que ayudó... 41:10 ¶ 47 en Balint-13-conjunta-28-sep-2022.docx

Una reflexión valiosa es que los participantes se mostraron realistas respecto los alcances de sus saberes hasta el momento del cierre del curso cuando se les preguntó si se consideraban ya cómo médicos familiares de un tipo nuevo:

R-73: Yo creo que yo todavía no [risas] la verdad no; estamos en proceso, creo que entre los cinco [el total del grupo] nos hemos apoyado mucho, y la verdad, nos hemos dicho nuestras verdades [risas] muchas veces, y como todos tenemos diferentes formas de pensar, yo creo que tenemos la mentalidad un poquito abierta para aceptar críticas y aceptar nuestros errores y hemos ido

cambiando. Porque todos hemos cambiado a lo largo de un año. Entonces, yo creo que vamos en el proceso, pero podemos llegar a ser esos médicos de los que estamos hablando. 74:15 ¶ 24 – 25 en Triangulación de datos 1a sesion-15-02-2023.docx

R-37: De igual manera que mis compañeros, creo que vamos por buen camino, no hemos llegado a la meta, pero vamos por buen camino, si nos falta todavía aprender mucho, hacer experiencias y muchas cosas que nos falta vivir cómo médicos, para llegar a ser ese médico familiar que queremos ser. Pero vamos por muy buen camino con una nueva mentalidad y muy abiertos a crear la nueva medicina familiar, que es más humanizada y empática con nuestros pacientes. Entonces, yo creo que ahí vamos [risas]. 74:19 ¶ 29 en Triangulación de datos 1a sesion-15-02-2023.docx

En las siguientes citas los participantes responden a la pregunta explícita de ¿cómo se aprende la EC?, y ¿quiénes la aprenden? La *reflexión individual y grupal* que se dio en el grupo es orientadora acerca de estas cuestiones importantes para el futuro de la investigación en este campo:

R-69: ...lo aprendemos porque nos hace falta para poder apoyar a los demás, a los que vienen con nosotros para sentirse mejor... y también para enseñar a los demás que cualquier tipo de medicina puede ser empática, puede ser comprensiva, no solamente se enfoca en una sola cosa, sino que es como un aspecto global, es mi opinión de por qué se aprende.04:54 75:3 ¶ 6 en Triangulación de datos 2a sesion-22-02-2023.docx

R-37: ...yo creo que también se aprende gracias a que el médico está dispuesto a cambiar esa ideología que tiene de la medicina, digamos, rutinaria que llevaban desde hace mucho tiempo, está dispuesto a realmente ver más allá de lo que es su paciente, no solo su enfermedad, se aprende porque estás dispuesto a indagar dentro de ti para ver que puedes aportarle más a tu paciente. 75:4 ¶ 7 en Triangulación de datos 2a sesion-22-02-2023.docx

R-73: lamentablemente medicina familiar, aquí en México, la escogen... muchos médicos frustrados que no son felices con lo que están haciendo. Si no estás feliz con lo que estás haciendo no vas a tener la apertura para abrir tu mentalidad a lo que puedes hacer con un cambio estando detrás de un escritorio con un paciente, en 15 minutos. Aprender a escuchar, a hacer una buena exploración, a hacer una buena nota, a guiar al paciente. Entonces, si es difícil, es complejo llegar a esto 75:5 ¶ 9 en Triangulación de datos 2a sesion-22-02-2023.docx

R-69: Yo creo que la aprendemos [la EC] de nuestros nuevos pacientes ¿no? ellos son la muestra, la forma que nos ponen, para decir cuáles son las emociones ¿no? Ellos vienen y en cuanto te ven dicen "este me va a escuchar o este no me va a escuchar". Te dan pistas de cómo hablan, cómo platican; con cuales médicos han ido, te platican diferentes experiencias y tú puedes ir ahí escogiendo y viendo que predomina en ellos; que es lo que no quieren hablar, lo que si quieren hablar...cosas así. Entonces, que mejor maestro o herramienta que los propios pacientes para enseñarte. 75:6 ¶ 11 en Triangulación de datos 2a sesion-22-02-2023.docx

R-37: ... también para aprenderlo es importante la constancia y la práctica, las dos, el estar constantemente practicando la escucha con tus pacientes, practicando ver a mi paciente desde que entra, cómo se mueve, cómo actúa, lo que refleja en él mismo con su mirada... yo siento que es algo que tienes que ir practicando todos los días con cada paciente que llega, así por recetas por lo que sea, tienes que ir practicando ser observador ser empático con cualquier paciente. Y creo que si no lo ponemos en práctica constante no vamos a llegar a aprenderlo de manera adecuada. Porque también puede ser que... sí sabemos el concepto, pero al practicarlo todavía no lo hacemos de la manera que tiene que ser. Y podemos cometer errores con algún comentario que hagamos, una actitud que hagamos. ...estar auto conociéndote en cada consulta creo que es importante ver: ah vi que como se molestó porque hice esto, entonces tengo que

*fijarme más en ciertas acciones que hago enfrente de mis pacientes (...)*75:8 ¶ 12
en Triangulación de datos 2a sesion-22-02-2023.docx

La cita de R-37 es un ejemplo de “reflexión en la acción” un proceso de gran dinamismo, donde una idea genera secuencialmente otra en una sucesión que permite llegar a mejores soluciones a un problema planteado conscientemente, una idea original de John Dewey citado por Ortiz-Ortiz (2021). La *reflexión colectiva* podría resumirse en que la EC se aprende al observar atenta y empáticamente a los pacientes, reflexionando sobre los propios sentimientos y pensamientos mientras transcurre la consulta, al tener la disposición necesaria para renovar ideas previamente aprendidas en la educación médica, practicar metódicamente lo aprendido y saberse parte de un esfuerzo pionero en un contexto donde predomina la disconformidad de muchos de los médicos familiares.

Se cierra esta sección con un relato largo de R-69 mostrado parcialmente antes y que ilustra un ejemplo real de los complejos componentes enseñados en este curso, la aplicación de un método clínico centrado en el paciente y una actitud compleja de compasión unida a ecuanimidad en contextos y momento específicos, y que se aprendieron a pesar del conjunto de barreras explicadas en este trabajo.

R-69: ... ayer vino la primera paciente y la atendí yo al principio de la consulta, vino con su semblante muy... cabizbajo, entre como enferma, pero angustiada, se sentó me empezó a platicar que se sentía mal porque estaba engripada y tenía un dolor de pecho, y empezó a llorar [matiza su voz y sus ojos muestran cierta pena] y dije " ¡a caray! ¿cómo que un dolor de pecho le causa llorar?" Y la dejé que llorara sin que... y luego dijo que hace una semana su sobrina había fallecido en un choque automovilístico. Y que esta sobrina había dejado 5 niños, la más grandecita de 10 y el más chiquitito de 3, entonces como toda la familia

obviamente no se esperaba este evento, está como muy inexperta, están pensando con quien se van a quedar los niños, donde se van a quedar, porque ellos son de Aguascalientes, o sea, la familia está en Aguascalientes y la otra familia está en Guadalajara. Entonces, ahora ¿dónde?, ¿cómo cuándo? y había un niño, creo que el más chiquito que no sabía qué onda con su mamá. No sabía que había fallecido, esa era también su angustia [de la paciente en consulta] “¿cómo yo le digo a mi nieto, si su nieto de 3 años, que su mamá ya no está?” Y a parte de todo esto, pues, yo la escuché y todo la revisé, tenía un poquito de rudeza en sus pulmones, pero no era así como muy agravante, si me dijo la señora que tenía EPOC [enfermedad pulmonar obstructiva crónica] pero bien controlada con su salmeterol y todo. Entonces, llegó el médico adscrito [el médico familiar del consultorio] frenó bien bonito la consulta [expresión de sarcasmo de R-69 que significa lo contrario que el contenido textual] y dijo “¡váyase a urgencias! esto es posible Covid, es posible influenza, váyase a urgencias, aquí no la podemos atender” ¿Qué quiubo? ¿cómo que no la puedes atender? [Expresión de indignación y sorpresa de R-69] ¡sí! tiene un cuadro gripal obviamente, pero esto es nada más una parte de su padecer, lo que está exacerbando su cuadro gripal es ¡la angustia que ella tiene de su familia! [dicho con notorio énfasis]. Estaba oxigenando súper bien 94%, no había, así como que tuviera estado de asfixia o algo por el estilo. Simplemente por la pura gripa y porque ya era mayor de 60 años no le podías dar ni licencia ni, o nada por el estilo, “¡váyase a urgencias! para que le hagan su prueba de Covid o de influenza, por el momento aquí está el salbutamol [una receta con ese medicamento] que le vaya bien.” Y yo me quedé... [expresión de impotencia, sorpresa, inconformidad con el rostro y las manos]...Okay y yo cómo médico residente pues, si puedo decir, y que le dices al doctor, le dije me enfoqué en la crisis para-normativa [adversidad inesperada en la vida] hasta así se lo dije a él, para que más o menos en los términos de los aquellos tiempos, se enfocara en eso. ¡Y nada! “ahí está la señora, ahí está lo que ella tiene, ¿por qué la estás mandando? Estábamos muy adelantados porque era la primera paciente, y

como llegué temprano la atendí más tempranito. O sea, teníamos bastante tiempo como mínimo dedicarle 10-15 minutos a lo que realmente la agobiaba, y ¡no! "tengo muchos pacientes que atender hoy". Y yo me quedé ¡Aaaah! [expresa enorme desesperación verbal y corporalmente]. Se perdió mucho ahí, ya regresó la paciente después de que fue a urgencias y nos dijo "No me hicieron la prueba Covid ni la influenza porque no entré en el horario". Porque creo que hacen los exámenes después de las 10 o algo así, y solo tienen la prueba de Covid. Le dieron paracetamol, loratadina, salbutamol, salmeterol y pase a psiquiatría... [risa sarcástica]. ¿Que estamos haciendo no? me sentí como frenada en no poder decirle nada más. Yo me quería salir a decirle [a la paciente] esto y lo otro, pero no; me tiene ahí [su médico adscrito]... fue un día difícil porque no pude ayudar a mi paciente cómo me han enseñado hasta ahorita y ella se fue con su tratamiento incompleto pues. Yo no sentí que ella se fue al 100, no sentí que se fue a gusto o menos agobiada, o escuchada. 54:6 ¶ 3 en Balint-16-08-nov-2022.docx

Capítulo 5. Discusión de los resultados

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados, se vincula y contrasta los objetivos de este trabajo con hallazgos de otros estudios que han tenido el objetivo de educar en el aprendizaje de empatía y compasión a estudiantes y médicos. La tarea es compleja dado que no se encontraron estudios enfocados en enseñar ecuanimidad compasiva como tal, además de que hay importantes diferencias entre los conceptos de empatía, compasión, simpatía (*simpathy*), *caring*, sufrimiento/fatiga por compasión y la satisfacción compasiva. Las diferencias ocurren en tres grandes áreas, la academia, los clínicos operativos y los pacientes. Por esas razones se abordarán publicaciones teóricas y estudios empíricos que versan sobre los conceptos mencionados y su posible conexión con los resultados del presente estudio. Los puntos por tratar en esta sección y su orden se enlistan a continuación:

Las categorías del estudio relacionadas con el objetivo principal de la investigación y los objetivos específicos.

Contrastación de los datos con el marco teórico, con nuevas publicaciones teóricas y empíricas

Teorías que pudieran explicar los principales hallazgos.

Contextualización de los resultados con el estado de la educación médica en el mundo.

La cuestión de la transferibilidad.

Fortalezas y limitaciones del estudio.

Las categorías del estudio relacionadas con el objetivo principal de la investigación y los objetivos específicos

Objetivo principal de la investigación

El objetivo principal de la investigación fue identificar y describir los elementos del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que reportan los residentes de primer y segundo año de la especialidad de medicina familiar al participar en un programa educativo diseñado para ello.

La investigación identificó tres categorías que representaron ciertas barreras que dificultaron el aprendizaje, estas fueron: *la subcultura médica, la complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva y las emociones intensas*. En contraposición, como se ve en la Figura 8 de la página 157 que se reproduce en este capítulo 5, aparecen cuatro categorías que agrupan facilitadores del aprendizaje, *autoconocimiento, centrarse en la persona del paciente, los significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva y la reflexión individual y dialógica*.

Figura 8

Categorías, subcategorías y propiedades de los datos del estudio de enseñanza-aprendizaje de la ecuanimidad compasiva



La *subcultura médica* desfavorable para el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva (EC) se identificó en los relatos de los residentes que se remontaron al pregrado en la escuela de medicina, donde el altruismo de los estudiantes fue denostado. Tal subcultura contraria al aprendizaje de la ecuanimidad compasiva se encontró expresada en actitudes de tutores afectivamente distantes de sus pacientes, y las indicaciones al médico interno o residente para que reprimiera sus emociones y mantuviera una postura afectiva distante respecto de sus pacientes; esto ha sido descrito en la literatura como “derrotar la virtud” (Coulehan & Williams, 2001). El papel negativo de algunos tutores clínicos fue denominado por los residentes como *cadena de*

frialidad una subcategoría de *subcultura médica*. El papel negativo de los tutores incluso fue identificado como comportamiento tóxico, en franca contradicción con los valores formales de empatía que se recomienda en el currículo formal. Por otro lado, *las emociones intensas* tuvieron un papel dual, por un lado, se comportaron como barreras cuando no fueron procesadas adecuadamente por los residentes, debido a que las instituciones educativas y de los servicios de salud no ofrecen medios puntuales a los estudiantes y residentes para procesar sus *emociones intensas* de manera organizada. Por otro lado, las *emociones intensas* constituyeron la principal materia de trabajo en los grupos tipo Balint (GTB). El método educativo RAVI-JAL permitió expresar y reflexionar sobre emociones complejas como la sensación de alivio cuando la muerte terminó con el sufrimiento de un paciente *alivio paradójico*. Otras *emociones intensas* expresadas y procesadas fueron el *desconcierto*, *el miedo*, *la rabia*, *la fatiga emocional-física*, *la sensación de soledad emocional*, este último coincide con los hallazgos de Uygur et al., (2019) en su investigación con médicos familiares de Canadá. Quedó claro que existía conexión entre estas emociones y sentimientos con los *casos difíciles*; concepto más amplio que el de pacientes difíciles, dado que se logró reconocimiento de que el contexto y los propios significados forman parte de los *casos difíciles*. Todo esto fue ampliamente descrito en el capítulo de resultados de esta tesis.

Respecto a las barreras derivadas de la *complejidad del aprendizaje* fue reconocido por los participantes que la compasión necesita de empatía y que no es fácil reconocer en el paciente la necesidad de ser tratado compasivamente; que *saber dar esperanza* es mucho más que seguir el sentido común y que se requiere la empatía y conocimiento del contexto, lo cual no puede hacerse sin *atención plena*, con mente abierta y reflexionando simultáneamente sobre los propios

prejuicios. Esto remite a la categoría marcada con el número 5 en el esquema, *centrarse en la persona del paciente* y se relaciona con las dificultades para combinar la compasión con la ecuanimidad que permite mente clara para la toma de decisiones y para conectar afectivamente con los pacientes, generar confianza y sentido de compromiso. Todas estas son subcategorías de *centrarse en el paciente* que no es fácil lograr y son expresión del avance en la comprensión de la EC.

La *complejidad del aprendizaje de la EC* pudo verse también cuando los participantes lograron percibir que cuando no fueron capaces de lograr la combinación armónica de compasión-ecuanimidad en casos concretos, se debía a que no podían ser empáticos con esas personas y era necesario reflexionar individual y colectivamente sobre las *emociones intensas* que funcionaban como barreras en cada caso. Es decir, no es posible lograr el aprendizaje de la EC sin la categoría 7, *la reflexión individual y dialógica*. Visto así, en el objetivo principal de este estudio se pudo identificar las relaciones bidireccionales y multinivel de las categorías presentadas en la Figura 8. Las categorías que favorecieron el aprendizaje de la EC están íntimamente ligadas a las reflexiones individuales y grupales que la intervención permitió establecer en cada uno de los momentos y técnicas que constituyen el método RAVI-JAL. Los resultados coinciden con Patel et, al, (2019) en que los enfoques efectivos para mejorar la empatía y la compasión son aquellos que ponen en práctica los aprendizajes teóricos con pacientes reales.

Entre los elementos favorecedores del aprendizaje de la EC, se ubica la categoría denominada *autoconocimiento*, la cual fue identificada en buena medida con el código *in vivo*, *capacidad de introspección* y en procesos de *reestructuración cognitiva-afectiva* y *reestructuración de emociones y sentimientos de experiencias previas* que la más de las veces son

inseparables y que ocurrieron en forma individual y colectiva (dialógica). El *autoconocimiento* estuvo ligado a la reflexión sobre intensos afectos vividos en experiencias clínicas, lo que coincide con Freeman (2016) y con Dobie (2007). El aprendizaje de la EC se podría considerar cristalizado en los contenidos que se incluyeron en la categoría 5, *centrarse en la persona del paciente*, la cual reunió procesos de enorme importancia, tales como la capacidad de *atención plena*, la voluntad de *compromiso claro*, la *paciencia* guiada por la empatía, ir más allá del diagnóstico de la patología y buscar *diagnosticar a la persona* (su contexto, sus emociones, sentimientos significados y experiencia con sus síntomas) que coinciden ampliamente con el primer componente del MCCP (Stewart, Belle, McWilliam, Freeman, & Weston, 2014). Los hallazgos de la categoría 5, *centrarse en el paciente*, concuerdan con la concepción de empatía multidimensional en el trabajo de Tan et al., (2021) realizado con trabajadores de la salud, y con el trabajo de Uygur, Brown, & Herbert, (2019) con médicos familiares.

También se incluyó en esta categoría, *centrarse en el paciente*, la conciencia de que se debe reflexionar sobre nuestros prejuicios cuando atendemos al paciente, para estar en posibilidad de *suspender los prejuicios*, para ser capaces de atender con *atención plena*, hacerse consciente de las sensaciones corporales que percibe el médico cuando atiende a su paciente -*empatía corporal*- y centrarse en el objetivo de *construir confianza* en la relación médico-paciente. Un hallazgo dentro de esta categoría fue etiquetado como *dialogicidad diatópica*, que traduce la capacidad de establecer un diálogo sabiendo que médico y paciente parten de certezas culturales distantes e incluso divergentes. Es importante subrayar que las categorías enumeradas del 1 al 7 no señalan necesariamente una secuencia cronológica, como tampoco señalan una evolución semejante en cada participante. La categoría 5 -*centrarse en la persona del paciente*- por ejemplo,

se fue construyendo desde los cursos teóricos de método RAVI-JAL, pero fue emergiendo principalmente durante las sesiones del GTB en las fases finales de la investigación. Lo mismo se puede decir para la categoría 6, *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva* y sus tres subcategorías: *aprendiendo una nueva medicina familiar, conocimiento y valoración del método clínico centrado en el paciente y volverse médico familiar de nuevo tipo*. Estas subcategorías y sus propiedades son parte del aprendizaje que expresaron los residentes. Los residentes hablaron de la necesidad de *cambiar el chip*, en una metáfora cibernética -un cambio de programación- de lo aprendido desde el pregrado médico. Para ello, reconocen que deberían de *volverse versátiles*, seres con un pensamiento-acción dinámico en la búsqueda de adaptarse a los pacientes y no viceversa y, además, se tendría que *reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana*, para enfrentar y *superar el estigma social de la medicina familiar mexicana*, que su especialidad confronta según sus propias palabras.

El objetivo general del estudio se cumple más allá de lo esperado cuando los residentes concibieron que están en un proceso -de largo plazo- para *volverse médico familiar de nuevo tipo*. En este punto, los participantes se sintieron en una encrucijada porque el programa oficial paralelo al método RAVI-JAL les siguió pidiendo estudiar los textos y temas tradicionales del programa de la residencia de medicina familiar en México que son obligatorios para obtener el título de especialista en medicina familiar. Esta contradicción tendría su síntesis en la propuesta de *reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana*. Puede decirse -razonablemente- con base en los resultados de esta investigación, que el objetivo general ha sido cumplido.

Primer objetivo específico

Reunir elementos que ayuden a comprender lo que significa para los residentes la idea de ecuanimidad compasiva.

Las categorías directamente conectadas con el significado de la EC están contenidas en la categoría 5, *centrarse en la persona del paciente*, y en la categoría 3 que abarca la *complejidad del objeto de aprendizaje*; también se extiende a la categoría 6, *los significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la EC* que cada residente construyó a través de su participación en la experiencia educativa. En la primera mitad del curso se recogieron expresiones de algunos residentes respecto a que no encontraban sentido a los cursos teóricos o se les hacía muy poco ventajoso asumir un método clínico que incluye a médicos y pacientes como personas con historias de vida únicas, ideas, sentimientos, relaciones, contextos, proyectos y demás. No obstante, sus ideas cambiaron conforme avanzó el curso, como mostraron las entrevistas finales en febrero de 2023. Los residentes expresaron satisfacción y contento por haber participado en la experiencia educativa y refirieron que ahora tenían bases para su desarrollo a largo plazo en el proceso de autoconocimiento y la mejor comprensión de la relación con sus pacientes. La siguiente viñeta podría entenderse como un aprendizaje multidimensional de empatía/compasión unida a ecuanimidad cuando se le pregunta al residente su idea de lo que significa la ecuanimidad compasiva:

R-37: ... para mí es... esa capacidad de conocerte primero tú mismo, para poder conocer a tu paciente, y llegar a esa... empatía, esa buena relación con él. Permitirte verlo como un todo, no nada más como al paciente, sino como una persona con... muchas cualidades, con miedos, inseguridades, emociones y sentimientos...8:8 ¶ 22, Cita en entrevista-R37-3-NOV-2021.docx

La expresión del residente en la viñeta indica que ha comprendido que la EC incluye procesos cognitivos y afectivos que buscan entender la subjetividad del paciente, sus problemas objetivos de salud y que esto está mediado por procesos autodirigidos, voluntarios y ecuanímenes, que le permiten modular sus propios sentimientos y reconocer los del paciente. Algunos residentes lograron comprender que es la EC y, como se dijo antes, los elementos contenidos en especial en la categoría 5, *centrarse en la persona del paciente* y en la categoría 3, *complejidad del aprendizaje de la EC*.

Segundo objetivo específico

Describir cuales son los elementos del proceso de enseñanza que contribuyen al aprendizaje de la ecuanimidad compasiva.

Para los residentes, los componentes didácticos del curso RAVI-JAL constituyeron un todo integrado, se usaron metáforas como la de R-38 *“Yo me sentí como construyendo una casa.”* En su metáfora los cimientos de su casa fueron los cursos teóricos que al principio del curso no parecían tener sentido para él. R-69 expresó la relevancia que tuvieron los grupos tipo Balint para ella: *“los grupos Balint, la verdad, son una joyita”*. Otra participante destacó la confianza que le dio leer y discutir el caso clínico del “niño Edgar”, le dio la seguridad de que era posible ser ecuaníme, compasivo y centrado en la familia en las condiciones reales de una institución pública: *“Este caso se enfoca ... en todo el proceso de duelo que ha pasado la familia...”* (R:37). Los cortos de cine también fueron altamente apreciados: *“los cortos de video nos dieron muchísimos ejemplos, el que se quedó conmigo más fue el de Barbarroja”* (R-69). Los datos para valorar este

objetivo específico del estudio fueron obtenidos en buena medida de las entrevistas que siguieron al diálogo iniciado con la interpretación de los dibujos que realizaron los participantes (ver Anexo 6). Los dibujos facilitaron la comprensión de los significados que se expresaron en las entrevistas individuales intermedias y finales. A estos aspectos hay que sumar la *reflexión individual y dialógica* (categoría 7), que está conectada con las otras seis categorías y se le considera un elemento presente en todos los momentos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Este segundo objetivo específico se enfocó especialmente en la primera generación que se expuso al método RAVI-JAL, dado que en la segunda generación no se preguntó a los participantes específicamente sobre el papel que tuvieron para ellos los diversos componentes del método RAVI-JAL, debido a que esto fue valorado en las expresiones de los residentes en momentos diferentes durante cada etapa del método a partir de las experiencias de la primera generación, sin enfocarlo específicamente en una entrevista.

Una nota respecto al papel de los grupos tipo Balint

En este estudio, los GTB proporcionaron oportunidades relevantes de autorreflexión individual y dialógica y fueron considerados importantes por los participantes; lo que coincide con un estudio comparativo realizado con estudiantes de pregrado para enseñar empatía. Un grupo se asignó a Grupos Balint, otro a una intervención de medicina narrativa y un tercer grupo no tuvo intervención formal, (Lemogne, et al, 2020). Los autores consideraron que los GB podrían promover la empatía al modular el autodistanciamiento y proporcionar a los estudiantes herramientas para regular las emociones estresantes. Los datos de esta tesis apoyan esa aseveración.

Es importante señalar que además de los procesos de participación, colaboración y reflexión respecto de la práctica clínica, los GTB generaron una “sensación de fraternidad” (un dato emergente del estudio) que se codificó como *hermano residente*, un código *in vivo* que se derivó de una charla informal con los profesores de la RMF; ellos comentaron que notaban mucha camaradería y ayuda mutua entre los residentes sin la tradicional distinción de la jerarquía entre R1 y R2. Una de las residentes lo expresó así en la entrevista final:

R-69: La solidaridad, la tomé como en el grupo Balint, nosotros como colegas, como hermanos residentes, y usted como nuestro profesor tenemos que formar esa solidaridad, ¿no? que cualquier sentimiento o pregunta o duda que nosotros platicamos... durante todo el curso en el grupo Balint, no lo tomamos mal, todo fue una enseñanza y todos lo tomamos como hermandad. 20:47 ¶ 23 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

Este dato tiene apoyo con la experiencia de médicos que han permanecido por años en un grupo Balint y que señalan que se genera profunda amistad entre los participantes de este tipo de grupos (Roberts, 2012). El hallazgo es relevante y convendría investigarlo más en detalle en futuros trabajos. Entre otras cosas, podría ser clave en la formación de médicos familiares con capacidad de trabajo grupal colaborativo.

Tercer objetivo específico

Identificar los significados de la experiencia vivida por los estudiantes en todo el proceso de enseñanza-aprendizaje.

El tercer objetivo específico se relaciona directamente con la categoría 6 *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la ecuanimidad compasiva* y sus subcategorías: *una nueva medicina familiar, conocimiento y valoración del método clínico centrado en el paciente y*

volverse médico familiar de nuevo tipo; ésta última categoría tiene 6 propiedades que se ilustran en la Figura 8: *cambiar el chip, volverse versátil, superar el estigma social de la medicina familiar mexicana, reestructurar la enseñanza de la medicina familiar mexicana y encontrar confort*, esta última explica la importancia del agradecimiento sincero por parte del paciente. Es importante destacar el surgimiento de una nueva identidad como especialista en medicina familiar, diferente al tradicional. El hallazgo coincide con Monrouxe, (2010) acerca de la necesidad de investigar como el estudiante se identifica con ser médico. Un ejemplo en los resultados es la reafirmación de una identidad como médico humanista que R-37 llamó “*ser un médico de verdad*”, una identidad profesional socialmente deseada como mostró Gillespie, et al, (2018). Otro ejemplo importante de significados es el aportado por R-69 quien subrayó que la nueva formación le permitió profundizar en sus sentimientos:

R-69: ...cuando llegamos no sabíamos bien qué era la medicina familiar. Yo tenía la noción de que era como educación para la familia, prevención, y ya... nunca pensé que iba a llegar tan profundo como los sentimientos... 9:6 ¶ 15, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

Con lo expuesto hasta aquí puede razonablemente afirmarse que los objetivos, tanto el general como los específicos del estudio se cumplieron, y corresponde ahora contrastar los resultados del estudio con el marco teórico que fundamenta el proyecto y con las publicaciones de estudios empíricos destinados a enseñar empatía, compasión y ecuanimidad compasiva, que se encontraron durante o después del cierre de la recolección de datos. Así mismo, es importante exponer teorías que pudieran explicar los hallazgos.

Contrastación de los datos con el marco teórico con nuevas publicaciones teóricas

Los emprendimientos dedicados a la educación afectiva de los estudiantes y médicos son un esfuerzo reciente iniciado en el presente siglo (Shapiro, Rucker, & Robitshek, 2006), por lo que podría parecer simple comparar los datos de los últimos 20 años con lo hecho en esta tesis. Sin embargo, no es posible hacer una comparación directa de estos resultados con otros esfuerzos porque no se encontraron estudios que buscaran enseñar ecuanimidad compasiva. En cambio, los hay que enseñaron empatía (en sus versiones solo cognitiva versus multidimensional) y compasión. Pero dadas las diferencias conceptuales de empatía, compasión, empatía y sus traslapes con *caring* descritas en el marco teórico de esta tesis, se hace necesario un análisis teórico de estos conceptos para estar en mejor posición para comparar los datos de la literatura con los resultados obtenidos en este trabajo.

La ecuanimidad compasiva y conceptos teóricos afines.

En esta tesis la ecuanimidad compasiva se conceptualizó como una configuración subjetiva un sistema auto organizado, que “emerge de la interacción de emociones y procesos simbólicos” (González-Rey, 2013, p.34), modulados por procesos de autoconocimiento, que consiste en la capacidad de resonar empáticamente ante el sufrimiento del otro (Vanaerschot, 2007) en la proporción adecuada en cada caso y unido al “genuino deseo de aliviar el sufrimiento con las acciones necesarias” (Pembroke, 2019, 77); esta capacidad es modulada por una mente clara e imparcial en el contexto de la relación médico-paciente.

Una antigua propuesta de Thomas Percival (1803) puede ser considerada como la semilla de la idea de la ecuanimidad compasiva: “unir la ternura con la firmeza en el cuidado de los pacientes” (Leake, 1927; citado por Coulehan & Williams, 2001, p. 600). Así mismo, hay autores

recientes que abordan estos conceptos y con los cuales se encuentran coincidencias. Por ejemplo, Halifax (2012) (citado por Greenberg & Turksma, 2015) afirma que la compasión está ligada a la ecuanimidad por tres pilares: la atención estable, la intencionalidad y “sentir corporalmente el sufrimiento del otro”. Llama la atención la experiencia corporal, concepto que coincide con la “empatía corporal” (Rudebeck, 1992, como se citó en Freeman, 2016) y que se ejemplifica en la viñeta de los datos en la página 217 de esta tesis. La intencionalidad remite necesariamente a la voluntad de comprometerse con el sufrimiento del paciente, lo que se observa en los resultados. Así, el concepto de compasión como configuración emergente y contextual unida a la *atención plena* (Halifax, 2012) empata con la categoría 5 *centrarse en la persona del paciente* y concuerda con McWhinney (1966) respecto a que el médico es capaz de atender a su paciente con *atención plena* uniendo afecto y caridad al mismo tiempo que categoriza su enfermedad. Es decir, una cognición con emoción lo que ocurre en toda actividad psíquica (Ciompi, 2007).

El concepto de ecuanimidad en esta tesis también coincide con Weber (2017), quien señala que la ecuanimidad es firmeza de mente bajo el estrés, que mantiene la calma y el temperamento equilibrado y es el sostén de la compasión: “Puede argumentarse que el desarrollo de ecuanimidad se vuelve el fundamento para la autocompasión y la compasión hacia otros” (p.151). Algunos autores proponen la autocompasión del clínico, entendida como aprender a “mirarse a sí mismos con amabilidad básica con profunda conciencia del sufrimiento de uno mismo y los otros” (Raab, 2014, p. 98), no estoy seguro de si esta actitud puede generar un sentido de auto-lástima que convendría explorar en otro momento. Lo que es claro, es que hay costos bilaterales de la relación insatisfactoria médico-paciente y son tanto emocionales como económicos e impactan a los sistemas de salud (Adler, 2000).

En la definición de esta tesis se considera que la ecuanimidad equilibra la compasión, porque permite la conciencia de que las emociones con que resonamos proceden del paciente, no de nosotros. Por tanto, no activamos los circuitos del dolor, sino los de la conducta prosocial. Esa es una diferencia con Weber que considera que la ecuanimidad genera a la compasión, pero coincidimos en que la “ecuanimidad protege a la mente de la agitación emocional” (p.152).

Desde la perspectiva de la neurociencia, el concepto de ecuanimidad compasiva encaja muy bien con los 4 componentes de la empatía de Decety & Fotopoulou (2015) 1. La compartición afectiva 2. La comprensión empática, la conciencia de que la otra persona tiene un estado emocional. 3. La preocupación empática, que representa la motivación para cuidar de otros para su bienestar. 4. La empatía cognitiva, imaginarse lo que *otra* persona siente o piensa. Los puntos 1 a 3 pueden ser llamados compasión como se define en el concepto de esta tesis y el punto 4 es el componente más cognitivo que imagina el estado del otro. Decety & Fotopoulou (2015) además aportan un resumen de las redes neuronales, estructuras cerebrales y los neurotransmisores implicados en los 4 procesos que se entrelazan. Estos autores destacan el papel de la motivación en la empatía-compasión; cuestión que apareció también en los resultados de esta tesis.

También, desde la óptica de la neurociencia, se reconoce que la angustia emocional y la fatiga por compasión ocurren más en quienes tienen dificultades para regular su excitación negativa. Pero, lo paradójico es que sin un mínimo de excitación negativa no ocurre la comprensión empática y la motivación para ayudar al otro (Gleichgerricht & Decety, 2013). Esta excitación negativa se relaciona con la categoría 2 *emociones intensas* y su doble papel como recurso y a la vez barrera para el aprendizaje de la EC según los datos del estudio. La capacidad de participar de

la conciencia del otro y de regular las propias emociones, es decir, ser ecuánime y compasivo, es fundamental para la práctica clínica.

Duffy (2020) un filósofo de la medicina concibe a la compasión como la apertura al sufrimiento de otros, sufrir con el otro, ser guiados por el deseo de ayudarlo, comprometerse en el alivio del dolor del otro. Esta compasión “se sustenta en la ecuanimidad que permite navegar el terreno del sufrimiento” (p.4). De acuerdo con este autor, el médico sanador necesita de cuatro pilares: competencia técnica, compasión, sabiduría (*Phronesis*) y auto cultivación; los cuatro giran alrededor del eje ecuánime “...la ecuanimidad es fundamental para navegar el terreno del sufrimiento, una cognición y fisiología que estabilizan y dan compostura ante el dolor y las emociones desagradables” (Duffy, 2020, p. 4). Esta ecuanimidad no es la objetividad científica, no se ve a los pacientes como datos científicos, sino como seres experienciales, así se puede trabajar con los datos objetivos, subjetivos e intersubjetivos y responder efectivamente al sufrimiento. Duffy, usa el concepto *metriopatheia* de los *estoicos*, la habilidad para manejar las emociones, sin suprimirlas. “La ecuanimidad dentro de la compasión le da al sanador un espacio que le permite respuestas diestras motivadas por la compasión sin restringir sus emociones”. (Duffy, 2020, p. 4).

Las definiciones que aportan estos autores a los conceptos de compasión, empatía y ecuanimidad coinciden notablemente con el concepto de EC que se sostiene en este estudio. La descripción de sus diversos constituyentes y propiedades y la explicación acerca de cómo unos y otras se entretajan, también muestran coincidencias con los resultados de este estudio. Con esta base, es razonable afirmar que la ecuanimidad compasiva es un constructo teóricamente válido y que puede ser objeto de enseñanza y aprendizaje.

A continuación, se abordan los conceptos de empatía, compasión, simpatía y *caring* a partir de datos empíricos.

Contrastación con estudios empíricos

Los conceptos de simpatía, empatía y compasión desde la óptica de los pacientes

En el marco teórico se explicó el origen histórico del concepto de empatía y diversas controversias sobre sus propiedades desde la óptica de los académicos; ahora se presenta lo que los pacientes consideran que constituye *sympathy* (simpatía), empatía y compasión. El concepto de simpatía fue rechazado por los pacientes porque lo consideraron una forma de distanciamiento emocional al que le falta sinceridad para comprender el sufrimiento (Sinclair et al, 2017). La empatía, por su parte, fue considerada una forma de comprensión y conexión profunda con el sufrimiento del paciente. Aun así, los pacientes prefirieron ser tratados con compasión porque esta va más allá de la empatía y porque está motivada por el “amor incondicional” que conduce a la acción de actos de bondad que van más allá de los cuidados de salud. El amor, dicen los pacientes, hace la diferencia entre la *compasión*, *empatía* y la *simpatía*. Es decir, la compasión desde el punto de vista de los pacientes es una virtud (Sinclair et al, 2017). Hasta aquí, se podría decir que el componente compasivo del concepto EC de este proyecto encuentra apoyo en la concepción de compasión de los pacientes del estudio, como una virtud para compartir el sufrimiento y efectuar acciones para aliviarlo.

La empatía y la compasión según opiniones de trabajadores de la salud

Tan et al., (2021) indagaron sobre las ideas que médicos, estudiantes de medicina y otros trabajadores tenían acerca del concepto de empatía. Los autores sintetizaron estas ideas de la siguiente manera:

Un sentido de conexión entre el trabajador de la salud y el paciente que resulta de ponerse en su lugar a través de afectos, imaginación y procesos cognitivos. Y que se expresa a través de preocupación genuina, buena comunicación y conductas al respecto. (p. 4).

Un estudio con médicos familiares en Canadá consideró que la compasión depende de la motivación para ser compasivos, la capacidad para ello y la relación médico-paciente adecuada (Uygur, Brown, & Herbert, 2019). Esto coincide con los resultados representados en las categorías 5 *centrarse en la persona del paciente* y 6 *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la EC*. La motivación para aprender el MCCP y la EC fue citada en repetidas ocasiones por los residentes. El estudio canadiense reveló que mantener una relación médico-paciente donde la compasión es ingrediente importante, requiere energía y que frecuentemente hay desgaste. Una viñeta contenida en la categoría de la *complejidad del aprendizaje de la EC* ilustró claramente el caso del gasto energético:

R-54: A mí en lo personal... se me hace que genera mucho desgaste emocional en el médico. Esa capacidad de escucha activa, de, de, empatía que tengas en cada una de tus consultas, sí vas a hacer una consulta de mucha calidad, y va a generar pacientes felices, ¡pero al médico le da en la torre eh! 26:7 ¶ 6 en R1-2aG-sufrimiento-sanacion-20-Abril-2022.docx

En consonancia con la subcategoría de *soledad emocional*, dentro de la categoría *emociones intensas*, Uygur et al., (2019) encuentran que ni la escuela de medicina ni la residencia de la medicina familiar enseñaron a manejar las *emociones intensas*.

Uygur et al., (2019) concluyen que “tener la oportunidad de reflexionar sobre las experiencias compasivas podría ser importante para mantener los valores de la compasión de los médicos familiares” (p. 214). Justo ahí podría estar una aportación del método RAVI-JAL en el

sentido de que abre espacios formales para la reflexión individual y conjunta sobre los propios afectos que se suscitan en la práctica de la residencia de medicina familiar.

El concepto *caring* en la visión de los pacientes

Antes en la tesis se planteó que *caring* no tiene una definición clara en inglés -su idioma original- y que podría interpretarse en español como “cuidados médicos esmerados y atentos”. En la literatura angloparlante a *caring* se le da alto valor y se le considera junto con la compasión y la justicia un conjunto que determina los mejores cuidados de salud (Gaufberg & Hodges, 2016). ¿Qué piensan los pacientes al respecto de que es *caring*? Un estudio fenomenológico encontró que para los pacientes los médicos *caring* reunían pericia clínica con una conducta de compromiso, gran capacidad para escuchar, ser sensibles, capaces de generar confianza y ser genuinos (Gillespie et al, 2018). Estas características son acordes con la idea de esta tesis de que *caring* significa cuidados médicos esmerados (de alta calidad técnica) y atentos (preocupados genuinamente por la persona). Para lograr tener *caring*, el clínico entonces debe estar centrado en su paciente como persona, como ha sido descrito en la categoría número 5 *centrarse en la persona del paciente*. *Caring* no se contrapone a compasión, aunque no es todavía compasión; equivale a proporcionar cuidados médicos esmerados y afectuosos, centrados en el paciente como persona, no limitados a su patología. Podemos observar que en este punto hay relación con la categoría 3 de este estudio, que se refiere a la *complejidad del aprendizaje de la EC*.

Los datos de esta investigación apoyan la idea de que los residentes comprendieron lo que significa centrarse en el paciente como persona, de lo que hay abundantes ejemplos en los resultados englobados en la categoría número 5, *centrarse en la persona del paciente*, que coinciden en gran medida con los componentes del MCCP (Stewart, et al, 2003).

Contrastación con estudios empíricos de la enseñanza de empatía y compasión

A continuación, se describen varios estudios cuantitativos y uno cualitativo que reportan resultados de esfuerzos por enseñar empatía o compasión en la educación médica. Es necesario precisar que los metaanálisis y revisiones sistemáticas cuantitativas versan sobre estudios de tipo experimental que usaron instrumentos objetivos de medición de la empatía, como el *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) de Hojat, que mide solo el lado cognitivo de la empatía. Una dificultad en la apreciación de los estudios empíricos de enseñanza de la empatía es que algunos la consideran un atributo cognitivo más que afectivo o emocional y equiparan la simpatía a la compasión (Hojat, Maio, Pohl, & Gonnella, 2023). Es necesario tener esa realidad en mente para juzgar los reportes publicados sobre la enseñanza de la empatía.

Batt-Rawden, Chisolm, & Anton, (2013) realizaron una revisión sistemática en la que seleccionaron 15 estudios cuantitativos y 3 cualitativos. La gama de intervenciones fue muy amplia: desde narrativas de pacientes, artes creativas, tareas escritas de los estudiantes, sociodrama, destrezas de comunicación, aprendizaje basado en problemas, entrevistas con pacientes y otros. Los autores concluyeron que era posible enseñar empatía pero que los mejores medios de intervención no eran claros.

Otra revisión sistemática consideró que es posible elevar la empatía de estudiantes, residentes y médicos, pero no queda claro cuáles de las intervenciones usadas fueron eficaces (Kelm, Womer, Walter, & Feudtner, 2014). La sola idea de elevar la empatía de los estudiantes ha sido un objetivo desde que se demostró que la escuela de medicina abate la empatía en particular a partir del tercer año de la carrera (Hojat, et al, 2009). Este aspecto se relaciona con la categoría 1 de este estudio, *subcultura médica* y la subcategoría *desapego emocional aprendido*.

Esta revisión aporta la idea de que es posible enseñar empatía, pero que los mejores medios para hacerlo están por conocerse, lo cual coincide en cierta medida con la *complejidad del aprendizaje de la EC*, que se presenta en la categoría 3 de este estudio. Podría decirse aquí que el método RAVI-JAL ofrece una intervención educativa que arroja claridad sobre el proceso de enseñanza aprendizaje, no sólo de la empatía, sino de la EC. Y que al mismo tiempo, reconoce las dificultades inherentes en su propuesta.

Coulehan & Williams, (2001), publicaron que la educación médica puede “derrotar la virtud” de estudiantes con alto perfil empático debido al doble discurso entre el currículo explícito que aconseja empatía y altruismo y el oculto que practica la desconfianza hacia las emociones (Coulehan & Williams, 2001). Los resultados reunidos en la categoría número 1, *subcultura médica* coinciden puntualmente con Hojat et al., (2009) y Coulehan & Williams (2001).

Patel et al., (2019) analizaron el currículo para la enseñanza de empatía y compasión. No les fue posible distinguir los estudios que enseñaron la una o la otra. Encontraron que los estudios que pusieron en práctica los aprendizajes teóricos con pacientes reales fueron efectivos para aprender empatía y compasión (Patel et al., 2019). La clave aquí son los pacientes y la práctica reales; estos datos coinciden con nuestra apreciación de que cuando los residentes no atienden pacientes reales bajo su responsabilidad el método RAVI-JAL disminuye su eficacia.

La calidad de los estudios empíricos es fundamental en cualquier comparación y es el problema que se presenta en el caso de Kirby, Tellegen & Steindl (2017). De 1,510 trabajos detectados analizaron 21; de estos, 17 estudios usaron una lista de espera como grupo control, procedimiento con escasa validez en los estudios psicológicos (Mohr et al, 2008). A este riesgo de validez, se sumó que se valoraron demasiadas variables de desenlace: compasión,

autocompasión, mindfulness, depresión, ansiedad, sufrimiento psicológico y bienestar. Los tamaños de efecto (d) fueron significativos 0.40 a 0.62, al igual que los intervalos de confianza del 95%. (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017). Sin embargo, con los sesgos señalados no es posible extraer conclusiones firmes. No obstante, como una idea general, algunos autores apoyan la conclusión de que es posible enseñar y aprender empatía, compasión y comportamientos asociados (Patel, et al, 2019), lo cual se vincula con la categoría 3, *complejidad del aprendizaje de la EC*.

Una serie de entrevistas a profundidad a estudiantes de medicina del 8º semestre reportó que las materias del currículo del pregrado de enseñanza empática no tuvieron el impacto deseado debido a que se cursaron cuando los estudiantes no habían tenido contacto directo con pacientes. (Hvidt, Ulsø, Thorngreen, Søndergaard & Andersen, 2022). La conexión con los datos de esta tesis está en que los residentes no tuvieron pacientes directamente bajo su responsabilidad, lo que bajó la incidencia de episodios con *emociones intensas*.

Teorías que podrían explicar los principales hallazgos

Decety y Fotopoulou (2015) – expertos en neurociencia cognitiva- señalan que la sintonización empática, la preocupación empática y caring, la empatía cognitiva y la regulación emocional, (las dos últimas equivalentes a ecuanimidad) en el intercambio paciente médico, generan seguridad, confianza, conexión social, homeostasis, satisfacción, la percepción de ser comprendido, cuidado y adherencia al tratamiento; esto sin duda se relaciona con la categoría 5, *centrarse en la persona del paciente* y con el procesamiento de las *emociones intensas* (categoría 2).

Estos procesos del paciente se comunican al médico en ida y vuelta. Dos teorías explican estos beneficios mutuos; la teoría basal social (TBS), y la teoría del principio de la energía libre

(TPEL). La TBS plantea que el apoyo social es fundamental en las relaciones sociales para mantener la salud física y mental. En el marco teórico se expuso que el apoyo afectivo del clínico acortó la duración de infecciones respiratorias y mejoró el sistema inmune (Di Blasi et al., 2001). Por el contrario, la falta de apoyo y el aislamiento social predicen enfermedades psicológicas y mortalidad (Cacioppo et al., 2012; Reblin y Uchino, 2009; citados por Decety & Fotopoulou, 2015). El apoyo social disminuye la actividad del sistema nervioso autónomo y del sistema hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales responsables de la respuesta a los estresores. Para nuestro cerebro-mente la proximidad de un individuo con el que tenemos familiaridad, metas compartidas, o interdependencia induce relajación. Es como un basal social inherente que se da por sentado (Decety & Fotopoulou, 2015). En la literatura médica es aceptado que ser atendido en la consulta por la misma persona con la que se ha tenido experiencias satisfactorias tiene efecto benéfico para los pacientes (McWhinney, 2000). Este estudio coincide con la categoría 5 de esta tesis, *centrarse en la persona del paciente* y con la teoría de qué centrarse en la persona y sus componentes, rasgos centrales de la EC, tienen efecto benéfico tanto para el paciente como para el médico (Trzeciak & Mazzei, 2019).

En relación con la *complejidad del aprendizaje de la ecuanimidad compasiva* y los beneficios de este aprendizaje en los médicos en formación, la teoría del principio de la energía libre (TPEL) plantea que el cerebro-mente hace predicciones constantes del medio externo - siempre variable- y los estados homeostáticos del organismo, y que con estos datos cambiantes hace pronósticos y modelos de acción que revisa constantemente a fin de reducir el margen de error predictivo de nuestras percepciones internas y externas y las acciones potenciales que habrá que tomar (Damasio, 2012). La empatía puede modificar estas percepciones, por ejemplo, la

percepción de un estímulo nocivo se puede modificar si una pareja social presente la reinterpreta como estímulo neutro. El solo hecho de pensar en una persona amada durante una experiencia dolorosa reduce la percepción de estrés y dolor y con ello baja el consumo de energía (Decety & Fotopoulou, 2015). También la empatía funciona como anticipatoria de las acciones de otros y del contexto general. Todo el tiempo estamos haciendo predicciones con el fin de tomar las más aptas para la sobrevivencia. Un médico ecuánime y compasivo, puede establecer una relación de mayor empatía con su paciente, al ser capaz de modular sus emociones. Para Ciompi (2007), somos seres dependientes de energía que cuidamos para tener la necesaria en los momentos indispensables. Un mal cálculo puede significar carecer de la energía vital indispensable gastada erróneamente; la empatía facilita el ahorro de energía. Así, se entiende que la mayor parte del tiempo trabajamos con conocimiento tácito que califica los contextos con uso mínimo de energía. La teoría de base social y la de la energía libre se integran para explicar los beneficios bilaterales de la ecuanimidad compasiva. Así, la teoría del apego implica tanto a la teoría del apoyo social como la del ahorro energético. Alguien que creció con *caring*, cuidadores disponibles y generó apego saludable, es más probable que espere y acepte empatía y apoyo de otros que alguien criado por padres no confiables y ausentes (Decety & Fotopoulou, 2015). Esto implica la imposibilidad de hacer un pronóstico absoluto de la manera en que una persona (paciente o no) vaya a reaccionar frente a una actitud empática, una razón más para que la empatía-compasión se acompañe de ecuanimidad y satisfaga las necesidades de apoyo social basal y ahorro de energía. Ante la imposibilidad de tener un pronóstico absoluto de que tipo de consulta se le presenta inicialmente al médico, la empatía podría reducir considerablemente el riesgo de equivocarse y con ello ahorraría energía; en especial podría reducir el riesgo de las consultas que terminan en “drama”

cuando se presentaban inicialmente como “ceremonias de mantenimiento” es decir, consultas programadas para el control de enfermedades crónicas sin complicaciones nuevas aparentes (Freeman, 2016).

Una de las implicaciones del método RAVI-JAL en su forma actual es que parece adecuado para seguir poniéndolo a prueba en grupos más amplios de residentes y con médicos experimentados. También queda claro que es indispensable atender pacientes y permanecer en reuniones quincenales con grupos TB para lograr un aprendizaje teórico práctico profundo que llegue a ser parte de la personalidad del clínico. Otro aspecto claro es que cada persona aprende de acuerdo con sus ritmos e historia de vida, así como de su disposición subjetiva a reestructurar aprendizajes previos, es decir, cada uno se apropia, modifica, adapta, transforma, usa o no usa el conocimiento que le hace sentido o le significa una ventaja de alguna manera. Esta explicación del aprendizaje está en armonía con la teoría histórica cultural del aprendizaje y sus conceptos de perezhivanie, estadio social del desarrollo, reestructuración, aprendizaje por colaboración entre otros, de igual manera armoniza con la categoría 7 *la reflexión individual y dialógica*. También, el aprendizaje se explica con los fines de ahorrar energía para la vida diaria conforme las teorías arriba presentadas, lo que es compatible con el marco teórico sociocultural del aprendizaje planteado.

Algunos temas de debate

La cuestión de la empatía-compasión innata versus aprendida

En la literatura sobre la enseñanza de la empatía/compasión se debate si esta es innata (congénita, se nace con ella) o si es aprendida, un planteamiento claramente dicotómico. Si la

empatía-compasión es solamente innata no se podría generar con la educación y las prácticas sociales, solo se podría elevar la empatía con que se ha nacido (Malefant, Jaggi, Hayden, & Sinclair, 2022). Para otros la compasión es tanto innata como adquirida (Uygur, Brown, & Herbert, 2019). La misma discusión surgió en nuestra investigación:

E: ¿Creen ustedes que influiría haber tenido una infancia con poca o mucha empatía en la facilidad para aprender ecuanimidad compasiva...?

R.69: ¡Influye demasiado! ...definitivamente yo sí creo que es como un impacto duro, que si te detiene [La experiencia infantil adversa].

R-73: Yo también digo que sí, sí, sí influye mucho la verdad.

R-37: ... yo siento que sí, si traes... todos los patrones de infancia y toda tu familia es... algo que te marca de por vida...] 63:17 ¶ 20 en R37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

La influencia de la familia en el aprendizaje de la realidad social y el desarrollo psicológico está ampliamente sustentada en el marco teórico de la tesis en el concepto “estructura biocultural preparada” de (Resnick, 1994, como se citó en Cole, 2003) y que se ilustra en la Figura 2. Si bien, es sólida la idea de que la familia influye poderosamente en la generación de empatía-compasión. ¿cómo queda la cuestión de si es innata o adquirida? Lakoff & Johnson (1999) resumen hallazgos sólidos de la ciencia cognitiva que demuestra que el debate de *innato* versus *adquirido* en las funciones neurológicas no aplica a menos que ocurra un daño grave durante el embarazo o el parto. No aplica porque muchas de las conexiones sinápticas con las que nacemos desaparecen en los primeros años de vida y son sustituidas por nuevas conexiones. Es decir, muchas conexiones sinápticas con las que nacemos no existen años después. Las sinapsis con que nacemos son demasiado densas para funcionar adecuadamente en la edad adulta. “Eso significa que el

aprendizaje requiere una pérdida de lo que se tenía al nacer” (Lakoff & Johnson, 1999, p. 507). La idea de que el aprendizaje es siempre adición no compagina con la evidencia empírica neurocientífica. Más bien compagina con la idea de reconfiguración permanente derivada del marco psico-cultural del desarrollo y el aprendizaje y cuya complejidad se ilustra gráficamente, en la Figura 2 de esta tesis. En resumen, la discusión de si la empatía es innata o adquirida no tiene sentido neurológico; es claro, en cambio que la experiencia infantil influye poderosamente en un sentido o en otro. La cuestión de que si este estudio solamente fomentó la empatía-compasión previamente existente, pero no logró desarrollarla en las personas que no la generaron en su infancia, no puede resolverse con el actual diseño de la investigación. No obstante, aun en el primer caso, sería una aportación a la medicina y la vida social que se pudiera hacer crecer la compasión ecuaníme de aquellos que ya la tenían desde su infancia, aun cuando otros con infancias adversas fueran incapaces de generarla. El proceso de reflexión individual y dialógica que se generó a lo largo del aprendizaje de la EC, durante la formación de los residentes mediante el método RAVI-JAL, muestra que existe plasticidad para la apropiación de nuevos conocimientos a través de la experiencia emocional y cognitiva de los participantes, lo cual coincide con el marco teórico y metodológico de este estudio.

Una impresión del investigador de esta tesis es que todos los participantes son hoy más ecuanímes y compasivos que al principio del curso, como lo muestran los resultados que dan respuesta al tercer objetivo específico relacionado con los significados de la experiencia vivida por los estudiantes durante el proceso de aprendizaje de la EC.

El costo de la empatía-compasión, la fatiga empática o compasiva

Una dificultad en este tema es que hay variados conceptos para denominar a la fatiga física y afectiva que ocurren en el personal de salud: *burnout* o desgaste profesional, “fatiga por compasión” o “trauma vicario” (Gallagher, 2013), “estrés postraumático secundario” para otros (Cocker & Joss, 2016). El *burnout* se considera explicado por factores del ambiente laboral, mientras que la fatiga por compasión y los otros síndromes son atribuidos a cuestiones de la relación médico-paciente. Así definen fatiga por compasión:

... agotamiento, ira e irritabilidad, conductas negativas de afrontamiento, abuso de alcohol y drogas, capacidad reducida para sentir compasión y empatía, disminución de la sensación de placer o satisfacción con el trabajo, aumento del ausentismo y capacidad disminuida para tomar decisiones y cuidar de los pacientes. (Mathieu, 2007, como se citó en Cocker & Joss, 2016 p. 2).

No parece realista poder separar las causas de los síndromes descritos, lo importante es que pueden ser evitados mediante la “satisfacción compasiva”. Sin embargo, para que esta ocurra es necesario compartir el sufrimiento del otro: “se puede percibir satisfacción compasiva solamente cuando se percibe cierto nivel de sufrimiento personal en respuesta al sufrimiento de alguien” (Gleichgerricht & Decety, 2014. P.7). Así se considera que surge la motivación para ayudar al sufriente y el resultado es la satisfacción de haber hecho lo moral y técnicamente correcto en el caso. Esto encaja con los datos de esta investigación, la satisfacción y el agradecimiento sincero de los pacientes son un factor altamente significativo para el médico. En la categoría número 6, *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la EC*, están descritas las propiedades *volverse médico familiar de nuevo tipo* y *encontrar confort* en el agradecimiento, lo que está

claramente relacionado con el primer objetivo específico, comprender lo que significa para los residentes la idea de ecuanimidad compasiva.

En resumen, la compasión puede llevar a la fatiga si no existe un procesamiento ecuánime de la experiencia y este procesamiento se facilita si antes existió una preocupación genuina por el paciente. Sin estos procesos, se explica que los años de experiencia médica en sí mismos no alivien el sufrimiento expresado en angustia afectiva; aunque los médicos experimentados perciben menos el dolor de los pacientes que los médicos novatos no están más protegidos contra la angustia y sus consecuencias físicas crónicas (Gleichgerrcht & Decety, 2013).

¿Qué determinaría estar de un lado u otro de la balanza de la compasión-fatiga versus satisfacción? La clave que proponen Gleichgerrcht y Decety (2013), es la “toma de perspectiva”, que la definen como distinguir que sentimientos son nuestros y cuáles del paciente. En otras palabras, lo que en esta tesis se ha denominado ecuanimidad y que se define como mente clara que distingue el origen de las emociones y sentimientos que se perciben en la relación médico-paciente. Se trata de percibir y compartir el sufrimiento sabiendo que no es el nuestro y, por eso, es posible ayudar profesionalmente al sufriente.

De acuerdo con lo anterior, se puede afirmar que la empatía-compasión puede probablemente tener costos importantes a corto y a largo plazo para los médicos, de la misma manera que puede tener efectos positivos muy importantes en la salud global de los pacientes y de los médicos (Manczak, DeLongis, & Chen, 2016). Por tanto, vale la pena seguir haciendo el esfuerzo para lograr que el balance se incline hacia el lado de los beneficios para ambos. En ese sentido, los medios eficaces para lograr tales fines están en la frontera del conocimiento en este campo que son materia de debate.

Una revisión sistemática sobre medios para reducir la fatiga por compasión encontró que no parecen efectivas las intervenciones didácticas, la terapia con música, la resolución del duelo, los rituales de duelo, la estimulación transcraneal y la educación en mindfulness (Cocker & Joss, 2016). Entre las intervenciones favorables están el desarrollo de autoconciencia, la reflexión sobre la historia personal profesional, compartir historias y el fomento de resiliencia: autoconocimiento, empatía, flexibilidad, conciencia del presente, afrontamiento positivo de la adversidad, tolerancia a la frustración e incertidumbre (Cocker & Joss, 2016). El método RAVI-JAL cubre el espectro de las intervenciones que han demostrado efectividad que se muestra particularmente en las categorías *centrarse en la persona del paciente* y *significados del proceso de la enseñanza aprendizaje de la EC* de los resultados discutidos en esta tesis.

La falsa dicotomía entre destreza técnica versus conducta compasiva

Entre los educadores es frecuente encontrar el argumento de que es preferible un médico con alto nivel técnico que uno con alto sentido humanista, pero con torpe técnica (Hamui-Sutton, et al, 2017). Es una falsa disyuntiva; Sinclair et al., (2016) cuestionan esa prioridad y proponen que los pacientes tienen la prioridad inversa; sin embargo, lo más adecuado es la existencia de un delicado balance entre el lado técnico y el compasivo de la atención médica que permita la inclinación de la balanza hacia uno u otro lado dependiendo del contexto (el carácter generativo, emergente de la EC que se propone en esta tesis), tal y como los pacientes lo conceptúan en el tema de la definición del concepto *caring* (Gillespie, et al, 2018). Es claro que el lado técnico debe ser prioritario cuando la vida del paciente está en peligro; pero el lado técnico debe ser mínimo cuando atendemos a la misma persona en un episodio de duelo por una pérdida grave, más si ésta es reciente. Si vemos como un fenómeno complejo el balance compasión-ecuanimidad

aceptaríamos que es altamente dependiente del contexto. De hecho, la empatía sin ecuanimidad puede ser inadecuada en situaciones de intenso sufrimiento de los pacientes, por ejemplo, cuando una persona está sufriendo y está presente un familiar cercano que se identifica profundamente con el sufrimiento de su familiar, la percepción del dolor del primer sufriente se eleva considerablemente; en cambio, cuando un familiar ecuaníme le sostiene la mano la percepción del dolor se reduce (Decety & Fotopoulou, 2015). Este es un argumento empírico para ir más allá del consejo común “debes aprender a ser un clínico empático” y, en su lugar, enseñar un complejo que balancee la ecuanimidad con la compasión en el entendido de que el balance es siempre contextual, no una postura fija, sino una configuración disposicional como describió (Halifax, 2012). ¿Es posible aprenderlo? En los datos aparecen elementos que sugieren que R-69 logró aprenderlo:

R-69: ... ayer vino la primera paciente y la atendí yo al principio de la consulta, vino con su semblante muy... cabizbajo, entre como enferma, pero angustiada, se sentó me empezó a platicar que se sentía mal porque estaba engripada y tenía un dolor de pecho, y empezó a llorar [matiza su voz y sus ojos muestran cierta pena] y dije " ¡a caray! ¿cómo que un dolor de pecho le causa llorar?" Y la dejé que llorara sin que... y luego dijo que hace una semana su sobrina había fallecido en un choque automovilístico. Y que esta sobrina había dejado 5 niños, la más grandecita de 10 y el más chiquitito de 3, entonces como toda la familia obviamente no se esperaba este evento, ... había un niño, creo que el más chiquito que no sabía qué onda con su mamá. No sabía que había fallecido, esa era también su angustia [de la paciente en consulta] ... la escuché y todo la revisé, tenía un poquito de rudeza en sus pulmones... tenía EPOC [enfermedad pulmonar obstructiva crónica] pero bien controlada con su salmeterol y todo. Entonces, llegó el médico adscrito [el médico familiar del consultorio], frenó bien bonito la consulta [expresión de sarcasmo de R-69 que significa lo contrario que el contenido textual] y dijo "¡váyase a urgencias! esto es posible

COVID, es posible influenza, váyase a urgencias, aquí no la podemos atender" ¿Qué quiubo? ¿cómo que no la puedes atender? [Expresión de indignación de R-69 y sorpresa] ¡sí! tiene un cuadro gripal obviamente, pero esto es nada más una parte de su padecer, lo que está exacerbando su cuadro gripal es ¡la angustia que ella tiene de su familia... 54:1 ¶ 3 en Balint-16-08-nov-2022.docx

La anterior viñeta sintetiza el aprendizaje de la EC de R-69 en el contexto desfavorable de un tutor que obstruye el aprendizaje y que se vincula con la categoría 1 subcultura médica y las subcategorías desapego emocional y modelo antiprofesional, relacionadas con el objetivo principal de la investigación: identificar y describir los elementos del aprendizaje de la EC. También ilustra la pertinencia del marco teórico metodológico, la teoría del aprendizaje sociocultural, como fenómeno histórico cultural (Cole, 2017). El aprendizaje se presenta en el marco de la interacción social de la práctica concreta (Lave & Wenger, 2011) y en el hacer del aprendiz (Rogoff, Mejía-Arauz, & Correa-Chávez, 2015). El residente, en el ejemplo citado, no solo vivió una experiencia, sino que la compartió en las sesiones tipo Balint, donde sus compañeros hicieron su propia elaboración y construyeron su aprendizaje. R-69 puso en práctica lo que aprendió en el curso y facilitó el aprendizaje de los demás, quienes vivieron una experiencia vicaria a través del relato de R-69, lo que está en consonancia clara con el marco teórico del aprendizaje como proceso histórico cultural ligado a la vida social participativa y la reflexión individual y dialógica que se ha denominado categoría 7. Con este ejemplo, puede observarse que el método RAVI-JAL es eficaz para enseñar EC y que, como lo ilustra el esquema de la Figura 5 el aprendizaje individual no es idéntico para todos los participantes, debido a las diferentes experiencias y estadios sociales de desarrollo con que ingresan al curso de la especialidad en medicina familiar.

Contextualización de los resultados con el estado actual de la educación médica

Relevancia social de enseñar empatía y las bases científicas que fundamentan este esfuerzo educativo

Price 1971, citado por Sade y Stroud (1985), encontró que los mejores médicos -según los pacientes- son aquellos con alta empatía y ecuanimidad. Pero estas cualidades eran las más difíciles de enseñar según la opinión generalizada de los profesores de medicina. Incluso se consideraba presuntuosa y vana la pretensión de formar profesionales empáticos porque sería tanto como tener la pretensión de querer volverlos mejores personas, es decir transformar su personalidad (Kopelman, 1999, como se citó en Shapiro, Rucker, & Robitshek, 2006). A pesar de esto, los emprendimientos para educar las emociones y sentimientos se abrieron camino desde los inicios del siglo XXI.

Bases científicas que dan credibilidad científica al esfuerzo educativo en ecuanimidad compasiva

La biomedicina se vio obligada a ampliar su perspectiva de la educación emocional por el descubrimiento de las neuronas en espejo, (Rizzolati y Craighero, 2004, citado por Damasio, 2012), y por otros descubrimientos de la neurociencia social que corroboraron la existencia de circuitos neuronales específicos de la empatía en su vertiente cognitiva, afectiva y de la conducta compasiva y prosocial (Decety & Svetlova, 2012). Actualmente, hay consenso de que la enseñanza de la empatía encuentra suficientes bases neurocientíficas además de morales (Babar, 2018). Un importante sustento de la posibilidad de educar la empatía-compasión es la comprobación de los estados sensoriales “como sí”, formados por imágenes cerebrales simuladas construidas en tiempo real en las zonas somatosensoriales corticales que forman parte del plan del organismo para actuar ante los cambios incesantes del medio externo: “Al conocer nuestros propios estados corporales

podemos simular los estados corporales de otros y suponer la significación que estos estados tienen para ellos a partir de lo que ha significado para nosotros”. (Damasio, 2012, p.104).

Dado que existen suficientes pruebas de la existencia de redes y circuitos neuronales que procesan la empatía, se entiende entonces que los circuitos pueden ser modulados y se ha avanzado en la búsqueda de métodos educativos capaces de hacerlo en el sentido deseado. El concepto multidimensional de empatía es el que recibe actualmente la mayor atención y puede sintetizarse en tres palabras: empatía multidimensional es pensar, sentir y actuar (Fragkos & Crampton, 2020). Pensar que piensa y siente el otro, imaginar sus sentimientos y si está sufriendo actuar para aliviar su dolor. Esta definición empatiza claramente con la compasión (Lown, 2016):

“Atestiguar el sufrimiento de otros activa redes neuronales que facilitan la resonancia emocional y también el procesamiento cognitivo de las experiencias de otros. Y al aliviar el dolor y sufrimiento de otros se generan emociones positivas (en el sujeto compasivo)”. (p. 334).

Costa & Costa (2016) recomendaron seguir las orientaciones de las neurociencias en la enseñanza de la empatía afectiva-cognitiva y que esto se hiciera bajo la visión del paradigma sociocultural (justo el marco teórico de esta tesis). Subrayaron también que el contexto es de la mayor relevancia y que hay que estudiar las situaciones donde las fronteras del yo son borrosas (Costa & Costa, 2016). Lown (2016) publicó una recomendación de recursos didácticos para enseñar empatía que contaban con pruebas empíricas sustentadas en neurociencia cognitiva. En la Tabla 9 se hace un comparativo del listado de componentes de la compasión y ejemplos curriculares (primeras 3 columnas) y los componentes del método RAVI-JAL que los cubre (cuarta columna).

Tabla 9. Comparación de currículos para enseñar compasión recomendados con base en neurociencia cognitiva y los componentes del método RAVI-JAL

Componente de la compasión (Lown, 2016)	Metas curriculares	Ejemplo curricular	Parte del método RAVI-JAL que lo incluye
Atención y escucha	Enfocar atención en los otros Enfocar lo verbal y el paralenguaje	Entrenamiento en mindfulness Entrenamiento en escucha	Curso de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar (BCFMF) Y el M CCP
Reconocer y responder a las emociones, toma de perspectiva	Interpretación de pistas faciales, verbales, y no verbales. Comprensión <i>precisa</i> del punto de vista de otros	Decodificar expresiones verbales de emoción. Nombrar y validar emociones; expresar respeto, apoyo, colaborar. Medicina de narrativa, literatura, otros.	Curso M CCP. Cortos de cine sobre relación médico-paciente y de pacientes reales que narran sus experiencias con sus médicos.
Conciencia de los límites del yo y de los otros	Distinguir la angustia situacional de uno mismo de la del otro	<i>No hay ejemplos curriculares publicados</i>	BCFMF, M CCP, grupos tipo Balint (GTB). Casos clínicos reales en forma narrativa.
Valorar a los otros (suspender prejuicios sobre los otros)	Conciencia de los propios sesgos, estereotipos y suposiciones	Sensibilidad cultural, sesgos afectivos, pensamiento crítico.	GTB Cortos de cine sobre relación médico-paciente y de pacientes reales que narran sus experiencias con sus médicos.
Regular emociones	Reconocimiento del tono emocional propio y sus disparadores. Desarrollo de estrategias reguladoras	Entrenamiento en equilibrio emocional. Comunicación no violenta	GTB Casos clínicos reales
Autocompasión y autocuidado	Apertura al propio sufrimiento. Comprensión sin prejuicios de las propias fallas. Equilibrio personal, familiar y comunitario	Conceptos de autocompasión Mindfulness	GTB
Destrezas de comunicación	Toma compartida de decisiones	Cursos en web.	BCFMF, M CCP
Reflexión, metacognición y meta conciencia	Reflexión en el momento y retrospectivamente sobre los propios pensamientos, sentimientos y conductas y las de los demás	Educación en metacognición Grupos Balint y cursos de desarrollo de la facultad	GTB y foros de reflexión sobre los videos de cortos de cine

Nota. BCFMF: Curso de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar. M CCP: Curso de método clínico centrado en el paciente. GTB: Grupo tipo Balint. La fuente de las 3 columnas iniciales es (Lown, 2016)

Señaladas las coincidencias entre las recomendaciones educativas con base neurocientíficas, y el método usado en esta tesis, conviene precisar que el método RAVI-JAL es

pleno de oportunidades reflexivas dialógicas entre los participantes y entre ellos y el profesor-investigador, algo que no aparece tan remarcado en la propuesta de Lown.

La cuestión de la transferibilidad versus la validez externa

En el contexto de este estudio resulta importante discutir la diferencia entre los conceptos de validez externa y transferibilidad. La investigación cuantitativa tiene como objeto hacer generalizaciones empíricas del fenómeno que estudia, de ahí la importancia del criterio de validez externa que se refiere a su aplicabilidad en otras condiciones. La investigación cualitativa, en cambio, busca hacer generalizaciones conceptuales a partir de un contexto local. No puede buscar generalizaciones empíricas como pretende la investigación cuantitativa (Kitto, Chesters, & Grbich, 2008). Es decir, puede hablar de transferibilidad, pero no de validez externa. La transferibilidad o relevancia se refiere a la utilidad de los hallazgos de un estudio cualitativo en el contexto en que fue realizado y conforme a su objeto de estudio (Kitto, Chesters, & Grbich, 2008).

¿Qué tan transferible o útil es este estudio para otras sedes de la residencia de medicina familiar en México? Para que sea útil es necesaria la disposición de los profesores a conocer el método RAVI-JAL y a sopesar los avances teóricos de la enseñanza aprendizaje de las emociones y sentimientos en medicina. La transferibilidad de este estudio, por tanto, depende del grado de destreza que un profesor desarrolle en el uso de los componentes del método. La transferibilidad del estudio para la educación médica del pregrado o para otras especialidades médicas es más incierta, porque implica hacer cambios importantes en la malla curricular. De hecho, no hay garantía de que otra puesta en práctica de método RAVI-JAL lleve a los mismos resultados (la replicación como concepto queda fuera del espectro cualitativo), pero la relevancia que podría tener para el bienestar de pacientes y médicos y el aprendizaje que dejaría en los investigadores

plantea una relación riesgo/beneficio favorable para el segundo. En el ámbito médico prevalece la preferencia por los ensayos clínicos controlados por lo que habría que aclarar que tales diseños distan mucho de ser un modelo ideal en el campo educativo (Morrison, 2001).

Fortalezas y limitaciones del estudio

Una fortaleza del estudio es que se abordó desde la perspectiva sociocultural y constructivista, lo que permitió observar el proceso de aprendizaje de los residentes como un desarrollo propio a través de la interacción dialógica y horizontal que generó confianza mutua facilitada por un compromiso explícito de confidencialidad.

Otra fortaleza es que la muestra incluye a la totalidad de los residentes de dos generaciones de una sede de la RMF en una institución de salud mexicana, lo que puede ayudar a valorar su transferibilidad a profesores de la RMF que trabajan en ese ámbito en México. Esta fortaleza se convierte en debilidad cuando el contexto de la RMF es diferente al mexicano. Otra fortaleza es que a pesar de haber tenido solamente cinco participantes hubo importante diversidad de aprendizajes y una amplia gama de reflexiones individuales y grupales.

Una fortaleza es que el concepto de ecuanimidad compasiva que se enseñó tiene abundante apoyo teórico y empírico e incluye el concepto de empatía/compasión multidimensional y lo asocia de manera lógica y coherente con la ecuanimidad.

Un acierto del método RAVI-JAL es que logra mostrar de manera gráfica con el corto de cine de “Barbarroja” y de manera descriptiva con el caso del “niño Edgar”, un conjunto de imágenes visuales, tonos de voz, miradas, posturas corporales, ideas, autorreflexiones escritas,

diálogos, en el contexto de la relación médico-paciente-familia que logran comunicar de manera global la actitud ecuánime y compasiva.

Limitaciones de la tesis

Los datos reunidos en los resultados, como ya se dijo, provienen de entrevistas, foros audio grabados, grabaciones de audio de sesiones tipo Balint y sus transcripciones y dibujos previos a las entrevistas. No hay videograbaciones que implicaban al menos un auxiliar de investigación con experiencia y algún presupuesto económico, así como superar barreras normativas de la institución, obtener permisos especiales y arriesgarse a la generación de suspicacias. El solo hecho de permitir grabaciones de audio de las conversaciones dentro de una institución pública de salud requirió mucha cautela. En el futuro se podría plantear la videograbación de las expresiones corporales cuando se muestran los cortos de cine o las discusiones en los foros, de manera que los resultados ofrezcan material audiovisual de esos momentos del estudio. La grabación audio-visual de las sesiones Balint no es aconsejable porque elevaría enormemente el riesgo de ruptura de la confidencialidad con serias consecuencias, además que podría limitar en buena medida las experiencias que se comparten en el grupo.

El doble papel de investigador/profesor

Entre las limitaciones del estudio se encuentra que el doble papel del investigador/profesor induce sesgos interpretativos que podrían haber sido detectados por un segundo investigador en el campo; fue difícil compaginar los roles simultáneos de profesor e investigador. Esta limitación se compensa en buena medida porque la TF constructivista permite una visión privilegiada desde el

interior del fenómeno en estudio: “La TFC es particularmente adecuada para analizar comprensiones interpretativas porque comienza adoptando una visión ‘interna’ en la medida de lo posible” (Charmaz, 2014, p. 325).

Otra debilidad es que el diseño del estudio no permite apreciar los posibles efectos en el aprendizaje en la práctica real durante la residencia y la etapa posterior a ella. Consciente de esta debilidad del estudio se ha propuesto el seguimiento anual de los participantes por los siguientes 5 años. También es una debilidad que el estudio no incluya las percepciones de los pacientes respecto a la actitud ecuánime compasiva de sus médicos, ya que no fue posible obtenerlas en este momento de la investigación, aunque se pretende recabar y analizar esta información en el futuro.

Otra debilidad es que los datos proceden del discurso de los participantes, excepto los dibujos, pero que también se explican discursivamente. Una debilidad adicional es que los participantes no tenían pacientes bajo su responsabilidad a los que pudieran dar seguimiento, dado que, como residentes, están bajo la supervisión de un médico adscrito. Sólo una de las residentes pudo tener varias consultas con una paciente, debido al compromiso personal que asumió y que benefició considerablemente la cantidad y calidad de los resultados de este proyecto.

Capítulo 6. Conclusiones de la investigación y otros desarrollos

Aportaciones de esta investigación a la educación médica mexicana

¿Se percibe la necesidad de educar en EC en las escuelas de medicina en México? La pregunta va más allá de los solo argumentos científicos y toca las políticas educativas de las universidades, así como los propios criterios de organización de los servicios de salud. En esos espacios suele desconocerse que la sola introducción formal en el currículo del MCCP podría ayudar a reducir una serie de costos, como el de la prescripción de fármacos y el uso de pruebas de laboratorio hasta un 30% (Freeman, 2016; Stewart, et al, 2000).

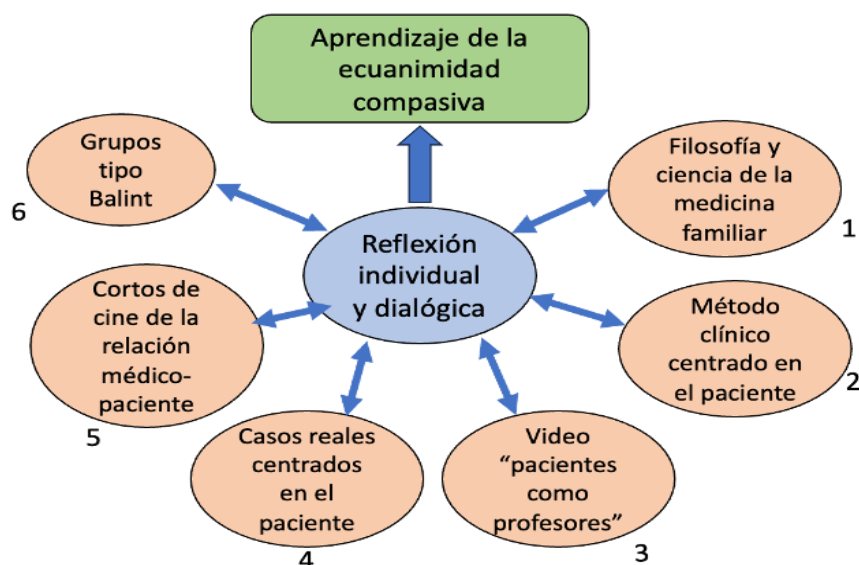
Por otro lado, aunque el concepto de compasión es discutido hace miles de años, lo nuevo es la creciente importancia que se le da en la comunidad científica del mundo anglosajón (Kirby, Tellegen, & Steindl, 2017). Los trabajos sobre la enseñanza-aprendizaje del tema se han disparado verticalmente desde 2010. Pero en la subcultura médica mexicana el tema de la compasión y sufrimiento siguen siendo marginales. Incluso, es incipiente el debate acerca de que si las escuelas de medicina deben ocuparse del enorme problema de la salud mental de sus estudiantes (Esperón-Hernández, 2018). La mención de la enseñanza sobre compasión es casi inexistente. Los datos de este trabajo ponen el dedo en la llaga con los testimonios de los residentes participantes acerca del ambiente adverso para el aprendizaje de la EC creado por tutores que son realmente anti-modelo, e instituciones de salud que son vistas como “*un mal necesario*”.

En México no hay organizaciones médicas equivalentes a las Asociaciones Médicas de Canadá y EE. UU que planteen a la compasión como una virtud médica central, como lo hace la *Canadian Medical Association* que señala “El médico compasivo reconoce el sufrimiento y la vulnerabilidad, busca comprender las circunstancias únicas de cada paciente, intenta aliviar el

sufrimiento del paciente y acompaña al paciente vulnerable y al que sufre. (Malefant, Jaggi, Hayden, & Sinclair, 2022, p. 2).

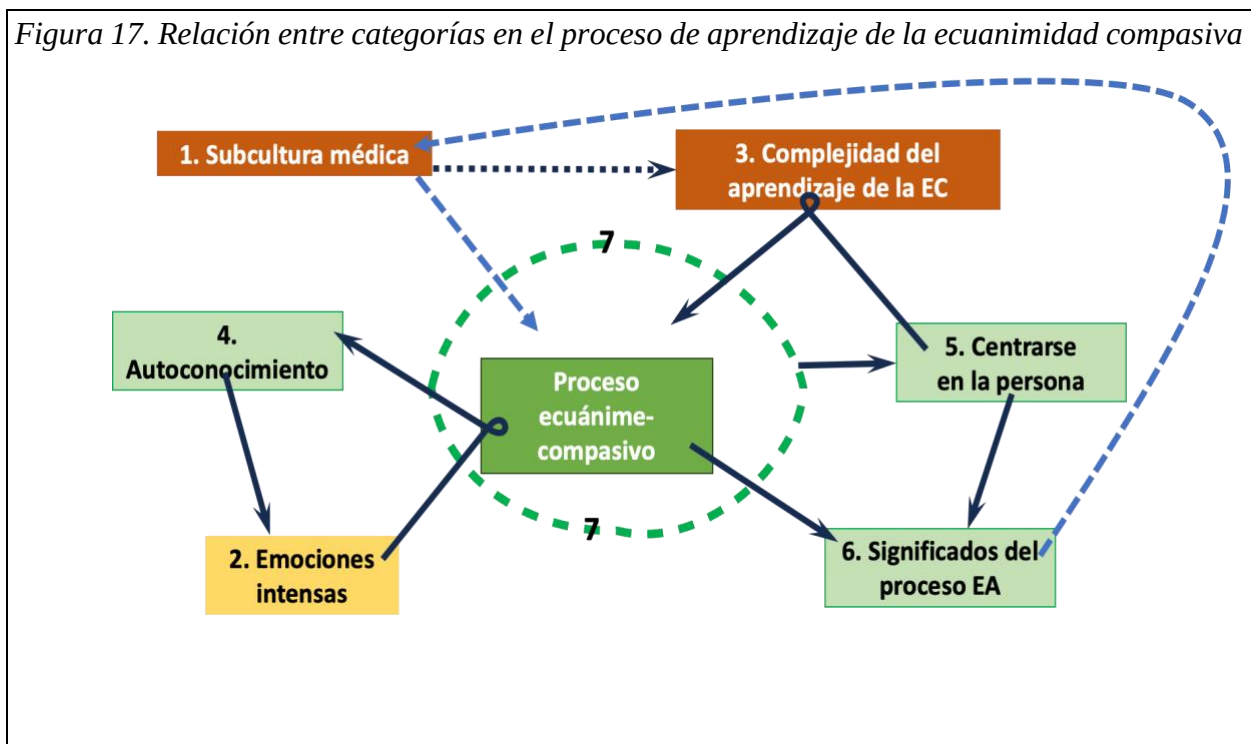
En este contexto, esta tesis abre un espacio educativo en el ámbito mexicano en un tema relevante para pacientes y clínicos, incluyendo beneficios demostrados para los médicos según pruebas empíricas de la elevación de dopamina en las vías cerebrales de la recompensa (Decety et al., 2012, citado por Lown, 2016). En suma, el ambiente educativo en México necesita ser informado de que existen recursos eficaces para enseñar a los estudiantes y médicos a modular sus procesos emocionales en beneficio de sus pacientes, los médicos y la nación. En la Figura 16 se ilustran los componentes del método RAVI-JAL y los procesos que facilitan el aprendizaje de la ecuanimidad compasiva a través de la reflexión individual y dialógica. Los números del 1 al 6 de la Figura 16 señalan el orden de aplicación de los componentes del método en el programa de enseñanza.

Figura 16. Aprendizaje de la ecuanimidad compasiva a través de la reflexión individual dialógica y los componentes del método RAVI-JAL



En la Figura 17 se muestra un modelo hipotético del proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva que está rodeado de un círculo verde permeable que representa *la reflexión individual y dialógica* (categoría 7). Las *emociones intensas* (categoría 2) procesadas reflexivamente favorecen el proceso de aprendizaje ecuánime y compasivo y contribuyen a desarrollar el *autoconocimiento* (categoría 4), el cual forma un círculo virtuoso con las *emociones intensas*. Por otro lado, la reflexión permite centrarse en la persona de manera creciente, lo que reduce poco a poco la *complejidad del aprendizaje de la EC* (categoría 3); esta categoría 3, a su vez, se aproxima al proceso de aprendizaje de la EA de manera diferencial en cada sujeto y depende de las oportunidades para reflexionar individual y dialógicamente. En este modelo, la *subcultura médica* (categoría 1) cruza el umbral reflexivo ilustrado en el círculo verde impulsada por los *significados del proceso de enseñanza-aprendizaje de la EC* (categoría 6) generados en los participantes. De esa manera, la *subcultura médica* se aproxima lentamente al *proceso de*

Figura 17. Relación entre categorías en el proceso de aprendizaje de la ecuanimidad compasiva



aprendizaje ecuánime compasivo al mismo tiempo que influye en la reducción de la complejidad del aprendizaje de la EC. La categoría 6, *significados del proceso de enseñanza aprendizaje de la EC* resulta de *centrarse en la persona* vía *la reflexión individual y dialógica* y el avance mismo del aprendizaje de la EC procesado a través de la reflexión. Los nuevos significados que han generado los participantes contribuyen en algo al cambio en la *subcultura médica*.

Conclusiones finales

En conclusión, se puede afirmar que los datos del estudio sustentan lo siguiente:

A. Los residentes comprendieron el concepto de EC y el método RAVI-JAL contribuyó al aprendizaje a través de estimular la reflexión individual y colectiva al ofrecer técnicas y espacios formales para ello.

B. El estudio logró identificar categorías que agrupan códigos que reúnen datos que expresan barreras del aprendizaje de la EC, así como categorías que representan barreras al mismo tiempo que materia básica para el aprendizaje, es decir, lo favorecen. Los procesos del aprendizaje se sintetizan en categorías que favorecen *la reflexión individual y dialógica* y que se expresan en formas de *autoconocimiento*, comprensión de lo que significa centrarse en el paciente y logran crear significados transformadores a nivel personal y profesional.

C. El concepto de EC fortaleció los fundamentos teóricos y empíricos de los residentes y fue incorporado a su lenguaje habitual.

D. Los residentes concibieron la posibilidad de una *nueva medicina familiar mexicana* y la idea de ser un médico familiar compasivo en esencia diferente al que se forma actualmente.

E. La supuesta disyuntiva entre educar el lado técnico biomédico versus el lado humanista es una falsa y destructiva dicotomía. La educación médica debe emprender ambas formaciones con igual peso curricular y con los métodos multidimensionales apropiados. El método RAVI-JAL puede ser uno de estos recursos educativos.

F. El Método RAVI-JAL promovió la práctica del método clínico centrado en el paciente y pudo verificarse que para que el método alcance su mejor desempeño se requiere que los residentes asuman la atención directa y comprometida, *atención plena*, del curso clínico de sus pacientes. La atención episódica aporta poco al proceso de enseñanza aprendizaje de la EC.

G. Esta tesis abre espacios para la formación compasiva de los médicos familiares mexicanos y aporta un modelo coherente de enseñanza-aprendizaje para este propósito. El método RAVI-JAL adquirió fundamentación teórica y empírica para su desarrollo futuro y su aplicación con médicos familiares experimentados.

Futuros desarrollos

En lo inmediato, procede el seguimiento de los cinco participantes los siguientes tres años después de haber egresado de la RMF y entrevistarlos buscando encontrar sus significados actuales y retrospectivos. Se intentará investigar lo que sus pacientes piensan de la atención que reciben y de compararlo con la atención de médicos familiares egresados del curso tradicional de la RMF. En futuros estudios se intentará evaluar el punto de vista de personas sanas y los directivos de instituciones de salud.

Convendría asegurar que los residentes que participan en el curso tengan pacientes bajo su responsabilidad a los que puedan dar seguimiento, y provean experiencias que puedan ser procesadas en los GTB.

Se podría intentar en estudios futuros la videograbación de consultas para su análisis posterior. Esto puede tener una doble ventaja: facilitar el aprendizaje reflexivo a partir de la revisión de la propia práctica y de los comentarios de los otros participantes, incluido el profesor; tener otra fuente de datos en un registro de la relación médico paciente que incluye el discurso, el lenguaje no verbal y comportamientos que pueden estar o no asociados a la EC.

Referencias bibliográficas

- Adler, H. M. (2000). The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 883-890.
- Agudo-Toscano, J. (2016). Pioneros de la microbiología: Louis Pasteur. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Alcorta-Garza, A., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., Soler-González, J., Roig, H., & Vivanco, L. (2016). Cross-validation of the Spanish HP-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in Psychology*, 7(<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2016.01002/full>), 1-9.
- Amoruso, L., & Bruno, M. (2010). Breve revisión de la primera conceptualización freudiana sobre la histeria. *Perspectivas en Psicología*, 7, 45-52.
- Anónimo, R. (1957). Balint, M. The doctor, his patient, and the illness. *Postgraduate Medical Journal*, 417-418.
- Anónimo, (2004). *Diccionario Akal de filosofía: The Cambridge dictionary of philosophy*. Madrid: Akal, S.A.
- Aristóteles, (1999). *Retórica*. Introducción, traducción y notas por Quintín Racionero. Madrid: Gredos.
- Awad-García, C., & González, F. (2009). Laennec. El inventor del estetoscopio y maestro de la tuberculosis. *Revista Colombiana de Neumología*, 16(3), 212-213.
- Babar, G. M. (2018). Living with Empathy in the 21st Century. En I. Burud, S. S. Hasan, & Pulikkotil, *Embracing Tomorrow's Challenges. Continuing IMU's Journey* (pp. 167-210). Kuala Lumpur: International Medical University.

- Balint, A. J. (2000). Introduction. En M. Balint, *The doctor, his patient, and the illness*. Reprint of 2nd. Ed. 1963. (pp. I-V). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Balint, M. (1966). El lugar de la psicoterapia en medicina. En B. E. Balint M, *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina* (Vol. Capítulo 15, pp. 133-148). México, D.F: Siglo XXI.
- Balint, M. (1969). The structure of the training-cum-research-seminars. Its implications. for medicine. *Journal of Royal College of General Practitioners*, 17, 201-211.
- Balint, M. (2000. Reimpreso 2a. Ed. 1963). *The doctor his patient and the illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Balint, M., & Balint, E. (1966). *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. México: Siglo XXI.
- Bañoz-Diez, J. E. (2002). El efecto placebo. *Principios de farmacología clínica*. En J. E. Bañoz-Diez, & M. F. Albaladejo. Barcelona, España: Masson, S.A.
- Barais, M., Hauswaldt, J., Hausmann, D., & Czachowski, S. (2017). The linguistic validation of the gut feelings questionnaire in three European languages. *BMC Family Practice*, 18(54), DOI 10.1186/s12875-017-0626-0.
- Bardes, C. L. (2012). Defining “Patient-Centered Medicine”. *New England Journal of Medicine*, 366, 782-783.
- Barends, E., & Briner, R. B. (2014). Teaching evidence-based practice: Lessons from the pioneers. An interview with Amanda Burls and Gordon Guyatt. *Academy of Management Learning & Education*, 3, 476-483.

- Batt-Rawden, S. A., Chisolm, M. S., & Anton, B. (2013). Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. *Academic Medicine*, 88(8), 1171-1177.
- Bauman, Z. (2005). *Vida líquida*. Barcelona, Cataluña, España: Paidós.
- Bazari, H. (2010). Gratitude, memories, and meaning in medicine. *New England Journal of Medicine*, 363(23), 2187-2189.
- Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: Evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology*, 81(4), 218-236. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17349730/>.
- Benítez-Bribiesca, L. (2007). Medicina y humanismo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 5(2), 101-104.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad* (1966) Reimpreso, 2003. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berwick, D. M. (2009). What 'patient-centered' should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs*, 28(4), w555-w565.
- Cabrera-Macías y., López-González, J. E., Ramos-Rangel y., & González-Brito, M. (2013). La hipnosis: Una técnica al servicio de la psicología. *Medisur*, 11(5), 534-541.
- Canabal-García, C., Gracia-Campos, D. A., & Margalef-García, L. (2017). La reflexión dialógica en la formación inicial del profesorado: construyendo un marco conceptual. *Perspectiva Educacional*, 56(2), 28-50.
- Cardona-Quitian, E. H. (Enero-Diciembre de 2012). El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica. *Desde el Jardín de Freud* (12), 293-310.

Centeno-Prieto, S. (29 de Junio de 2016). *Diccionario filosófico de Centeno*. Recuperado el 15 de noviembre de 2020, de Diccionario filosófico.: <https://sites.google.com/site/diccionariodecenteno/c/compasion>

Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. 2a Ed. Los Angeles, California, USA: SAGE Publications.

Charmaz, K. (2014). Reconstructing Theorizing in Grounded Theory Studies Charmaz. En K. Charmaz, *Constructing Grounded Theory* (Introducing Qualitative Methods series). (pp. 225-260). Los Angeles, USA: SAGE Publication.

Charon, R. (2001). Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust. *Journal of American Medical Association* , 286, 1897-1902 .

Charon, R., Banks, J. T., Connelly, J. E., & Hawkins, A. H. (1995). Literature and medicine: Contributions to clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, 122(8), 599-606.

Chichi, F. (2000). Grounded theory and the biographical approach: An attempt at an integrated heuristic strategy. *International Review of Sociology*, 10(1), 5-19.

Chomsky, N. (2017). *¿Qué clase de criaturas somos?* Ciudad de México: Ediciones Culturales Paidós.

Chomsky, N., & Moro, A. (2022). *The secrets of words*. London, England: MIT Press.

Ciampi, L. (2007). Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatria*, 27(100), 425-443.

- Cocker, F., & Joss, N. (2016). Compassion fatigue among healthcare, emergency, and community service workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-18. doi:10.3390/ijerph13060618.
- Cole, M. (2017). *Psicología cultural. Una disciplina del pasado y del futuro*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cole, S. W. (2013). Social regulation of human gene expression: mechanisms and implications for public health. *American Journal of Public Health*, 103(Supplement 1), S84-S92.
- Corripio, F. (2000). *Diccionario de ideas afines*. Barcelona, España: Herder.
- Costa, M. J., & Costa, P. (2016). Nurturing empathy and compassion: what might the neurosciences have to offer? *Medical Education*, 50, 281-282.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2001). Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Academic Medicine*, 76(6), 598-605.
- Cragnoa, A., Álvarez, F., Panizoni, E., Lenta, R., Wagner y., & Reyes, J. (2021). El proceso del morir en la educación médica: percepciones de los estudiantes de medicina. *Educación Médica.*, 22, S456-S465. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.010>.
- Cristancho, S. (2015). Eye opener: exploring complexity using rich pictures. *Perspectives on medical Education*, 4, 138-141.
- Crocker-Sagastume, R. C., García-De Alba García, J. E., & Amione, G. T. (2021). Liderazgo e innovación crítica para transformar el sistema de salud y educación médica a través de la investigación epidemiológica y servicios de salud. En R. C. Croker-Sagastume, & R. I. Esperón-Hernández, *Educación médica en un mundo en crisis*. (pp. 123-148). Ciudad de México: Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).

- Crocker-Sagastume, R., Garza-Ramos, J., & Vázquez-Castellanos, J. L. (2021). La crisis en el abordaje epidemiológico a escala planetaria con énfasis en México. En R. C. Crocker-Sagastume, & R. I. Esperón-Hernández, *Educación Médica en un Mundo en Crisis*. (pp. 29-46). Ciudad de México: Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM).
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. Orlando., Florida: Harcourt.
- Damasio, A. (2015). *El error de Descartes. Emoción, la razón y el cerebro humano*. México: Planeta.
- Damasio, A. (2012). *Self comes to mind. Constructing the conscious brain*. London: Vintage.
- Damasio, A. R. (1994). Emotions and feelings. En A. R. Damasio, *Descartes' Error. Emotion, reason, and the human brain*. (pp. 127-164). New York: Avon Books.
- De Vries-Erich, M. J., Dornan, T., Tobias, B. B., Jaarsma, A. D., & Helmich, E. (2016). Dealing with emotions: medical undergraduates' preferences in sharing their experiences. *Medical Education*, 50, 817-828. doi: 10.1111/medu.13004.
- Decety, J., & Fotopoulou, A. (2015). Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(457), 1-11. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00457.
- Decety, J., & Svetlova, M. (2012). Putting together phylogenetic and ontogenetic perspectives on empathy. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 2, 1-24.
- Decety, J., Smith, K. E., Norman, G. J., & Halpern, J. (2014). A social neuroscience perspective on clinical empathy. *World Psychiatry*, 13(3), 233-237.
- Descartes, R. (1998). *El discurso del método*. Buenos Aires: Losada, S.A.

- Di Blasi, Z., Harkness, E. F., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (Abril de 2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* (357), 757-762.
<https://www.researchgate.net/publication/12078501>.
- Díaz, N. J., & Gallego, M. B. (2005). Laennec y el estetoscopio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21, 1-2.
- Dobie, S. (2007). Reflections on a well-traveled path: Self-awareness, mindful practice, and relationship-centered care as foundations for medical education. *Academic Medicine*, 82, 422-427.
- Dreher, H. (2003). *Mind-body unit. A new vision for mind-body science and medicine*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.
- Dreyfus, G. (2011). Is mindfulness present-centered and non-judgmental? A discussion of the cognitive dimensions of mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 41-54.
- Dubinsky, M. (2007). Stories of life. Introduction to narrative medicine. *Canadian Family Physician*, 53, 203-205.
- Duffy, J. D. (2020). The integral healer: the 4 pillars of the healer's practice. *Global Advances in Health and Medicine*, 9, 1-10.
- Engel, G. L. (2012). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396.
- Esperón-Hernández, R. I. (2018). ¿Las escuela de medicina se deben ocupar en las competencias emocionales de sus estudiantes? *Investigación en Educación Médica (UNAM)*, 26(7), 10-12.

- Espinoza, J. R. (2010). Is psychoanalysis a humanism? Notes about Jacques Lacan's Seminar XVII: The other side of psychoanalysis. *Interdisciplinary Humanities*, 28-35.
- Facco, E., Pasquali, S., Zanette, G., & Casiglia, E. (2013). Hypnosis as sole anesthesia for skin tumor removal in a patient with multiple chemical sensitivity. *Anaesthesia*, 68, 961-965. doi:10.1111/anae.12251.
- Feijo-Mendieta, A. D., Rojas-Guaman, J. G., Mendoza-Martín, C. M., & Bravo-Sánchez, G. (2023). Reflexiones en torno al aprendizaje dialógico como estrategia didáctica dentro del quehacer docente. *Ciencia Latina. Revista Multidisciplinar*, 6(6), 13001-13012.
- Felix-Bortolotti, M., & Martin, M. C. (2013). Health transition funds initiatives: Implications for health system reform evaluation. En J. P. Sturmberg, & C. M. Martin, *Handbook of systems and complexity in health* (págs. 627-641). New York: Springer.
- Fleer, M., González-Rey, F., & Veresov, N. (2017). *Perezhivanie, emotions and subjectivity. Advancing Vygotsky's Legacy*. (Vol. 1). (E. Kravtsov, Ed.) Singapore, Singapore: Springer.
- Flick, U. (2014). *The qualitative research processes*. London: Sage.
- Foucault, M. (1963). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo Veintiuno editores, S.A.
- Fragkos, K. C., & Crampton, P. E. (2020). The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Academic Medicine*, 95(6), 947–57.
- Freeman, T. R. (2016). *McWhinney's textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press.

- Friedson, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, 10, 1-20.
- Gallagher, R. (2013). Compassion fatigue. *Canadian Family Physician*, 59(3), 265-268.
- Gaufberg, E., & Hodges, B. (2016). Humanism, compassion, and the call for caring. *Medical Education*, 50, 264-266.
- Ghinea, N. (2019). A return to reasonableness and virtue in medical epistemology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(2), 1-5.
- Gibert-Galassi, J. (Diciembre de 2001). La teoría de la autopoiesis y su aplicación en las ciencias sociales. *Cinta de Moebio*.(12), 8-30.
- Giddens, A. (2000). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones S.A.
- Gillespie, H., Kelly, M., Gormly, G., King, N., Gilliland, D., & Dornan, T. (2018). How can tomorrow's doctors be more caring? A phenomenological investigation. *Medical Education*, 52, 1052-1063.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *Plos One*, 8(4), e61526.
- Gleichgerrcht, E., & Decety, J. (2014). The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8(243), 1-8. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00243.
- Gold, E. (2007). From narrative wreckage to islands of clarity. Stories of recovery from psychosis. *Canadian Family Physician*, 53, 1271-1275.

- González-Rey, F. (2013). La subjetividad en una perspectiva cultural- histórica: avanzando sobre un legado inconcluso. *Revista CS.*, 2(1), 19-42.
- González-Rey, F., & Mitjáns-Martínez, A. (2016). Una epistemología para el estudio de la subjetividad: Sus implicaciones metodológicas. *Psicoperspectivas. Individuo y sociedad.*, 15(1), 5-16.
- Green, M. J. (2015). Comics and medicine: peering into the process of professional identity formation. *Academic Medicine*, 90(April 7), 774-779.
- Greenberg, M. T., & Turksma, C. (2015). Understanding and watering the seeds of compassion. *Research in Human Development*, 12, 280-287.
- Halifax, J. (2012). A heuristic model of enactive compassion. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6(2), 228-35. doi:10.1097/SPC.0b013e3283530fbc.
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy. *Journal of General Internal Medicine.*, 18, 670-674.
- Hampton, J. (2011). Commentary: The need for clinical freedom. *International Journal of Epidemiology.*, 40, 849-852.
- Hampton, J. R. (2011b). The end of clinical freedom (1983). *British Medical Journal*; 287:1237–38. Reprinted *International Journal of Epidemiology.*, 40, 848–49.
- Hamui-Sutton, L., & Ruíz-Perez, L. (2017). *Educación médica y profesionalismo*. México: McGraw Hill, Education.
- Hamui-Sutton, L., & Ruíz-Perez, L. (2017). Introducción: *Educación médica y profesionalismo*. En H. L. Sutton, & L. C. Perez, *Educación médica y profesionalismo*. (pp. 1-16). México: McGraw Hill Education.

- Heinze, G., Guizar, D. P., & Carmona, J. (2017). La restricción emocional del médico en la práctica profesional. En L. Hamui-Sutton, & L. C. Ruíz-Perez, *Educación médica y profesionalismo*. (pp. 138-151). México: McGraw Hill, Education.
- Helmich, E., Diachum, L., Joseph, R., LaDonna, K., Noeverman-Poel, N., Lingard, L., & Cristancho, S. (2018). 'Oh my God, I can't handle this!': trainees' emotional responses to complex situations. *Medical Education*, 206-215.
- Hernández-Torres, I. (2017). Profesionalismo y la relación médico-paciente. En L. Hamui-Sutton, & L. C. Ruíz-Perez, *Educación médica y profesionalismo*. (pp. 81-98). México: McGraw Hill.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., & Wender, R. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Hojat, M., Maio, V., Pohl, C., & Gonnella, S. J. (2023). Clinical empathy: definition, measurement, correlates, group differences, erosion, enhancement, and outcomes. *Discover Health Systems*, 2(8), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s44250-023-00020-2>.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., . . . Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Honneth, A. (1998). Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento. LOGOS. *Anales del Seminario de Metafísica*.(1), 17-37.
- Hvidt, E. A., Ulsø, A., Thorngreen, V. C., Søndergaard, J., & Andersen, M. C. (2022). Empathy as a learning objective in medical education: using phenomenology of learning theory to explore

medical students' learning processes. *BMC Medical Education*, 22(628), 2-12.
doi.org/10.1186/s12909-022-03696-x.

Jarvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2020). *Qualitative analysis: Eight approaches for the social sciences*. Los Angeles.: SAGE, Publications, LTD.

Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Intervention to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14(219), 1-11. doi:10.1186/1472-6920-14-219.

Khan, M., & Chollet, A. (2021). Breast cancer screening: Common questions and answers. *American Family Physician.*, 103(1), 33-41.

Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *ScienceDirect. Behavior Therapy*, 48, 778-792.

Kitto, S. C., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243-246.

Kmietowicz, Z. (2004). Consumer organisations criticise influence of drug companies. *British Medical Journal.*, 329-937.

Kuh, D., Ben-Shlomo y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health.*, 57, 778–783.

Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh. The embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.

- Lam-Díaz, R. M., & Hernández-Ramírez, P. (2014). El placebo y el efecto placebo. *Revista Cubana de Hematología Inmunología y Hematerapia*, 30(3), 214-222.
- Lave, J., & Wenger, E. (2011). *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge N.Y: Cambridge University Press.
- Lazos, E. (2008). Autoconocimiento: una idea tensa. *Diánoia*, 53(61), 169-188.
- Lederman, W. (2007). Aequanimitas. *Revista Chilena de Pediatría*., 78(5), 459-460.
- Lemogne, C., Du Vaure, C. B., Hoertel, N., Catu-Pinault, A., Limosin, F., Ghasarossian, C., & Jaury, P. (2020). Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting student's empathy. *BMC Medical Education*, 20(412), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02316-w>.
- Levinas, E. (2001). *Entre nosotros. Ensayos para pensar en el otro*. Valencia., España: Pre-Textos.
- Levinas, E. (2019). *Humanismo del otro hombre*. México: Siglo XXI Editores.
- Levine, J. D., Gordon, N. C., & Fields, H. L. (1978). The mechanism of placebo analgesia. *Lancet*, 2(Sept. 23), 654-657. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/80579/>.
- Lewis, S. (2013). Trying to make sense of health. En J. P. Sturmberg, & C. M. Martin, *Handbook of systems and complexity in health*. (pp. 211-216). New York.: Springer.
- Loayssa-Lara, J., Ruíz-Moral, R., & Garcia-Campayo, J. (2009). ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes? *Atención Primaria*, 41(11), 646-649.
- Lown, B. A. (2016). A social neuroscience-informed model for teaching and practising compassion in health care. *Medical Education*, 50, 332-342.

- Lundin, R. M., Bash, K., Bullock, A., Kostov, C. E., Mattick, K. L., Rees, C. E., & Monrouxe, L. V. (2018). “‘I’d been like freaking out the whole night’”: exploring emotion regulation based on junior doctors’ narratives. *Advances in Health Sciences Education*., 23, 7-28. <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9769-y>.
- Malefant, S., Jaggi, P., Hayden, K. A., & Sinclair, S. (2022). Compassion in healthcare: an updated scoping review of literature. *MBC Palliative Care*, 80, 1-28. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00942-3>.
- Manczak, E. M., DeLongis, A., & Chen, E. (2016). Does empathy have a cost? Diverging psychological and physiological effects within families. *Health Psychology*, 35(3), 211-218. doi:10.1037/hea0000281.
- Marcangelo, M. J., & Wise, T. (2007). Resistant somatoform symptoms: Try CBT and antidepressants. *Current Psychiatry*., 101-115.
- Martínez-Cortés, F. (2002). Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. *Anales Médicos. Hospital ABC*., 47(2), 112-117.
- Matthew, A., Lenahan, P., & Pavlov, A. (2012). *Cinemeducation: Using film and other visual media in graduate and medical education*. Vol 2. London., UK: Radcliffe Publishing.
- McNaughton, N. (2013). Discourse(s) of emotion within medical education: the ever-present absence. *Medical Education*., 47, 71-79 doi:10.1111/j.1365-2923.2012.04329.x.
- McNaughton, N., & Zubairi, M. (2014). Emotional intelligence: Convinced or lulled? *Medical Education*., 48, 456-465.
- McWhinney, I. R. (2000). Being a general practitioner: What it means. *European Journal of General Practice*, 6(135-9), 2000.

- McWhinney, I. R. (2016). Philosophical and scientific foundations of family medicine. En T. Freeman, *McWhinney's textbook of family medicine*. (pp. 55-91). New York.: Oxford University Press.
- McWhinney, I. R., Epstein, R. M., & Freeman, T. R. (1997). Rethinking somatization. *Annals of Internal Medicine*., 129(9), 747-750.
- McWhinney, I., & Freeman, T. (2009). *Textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press.
- McWhinney. (1996). The importance of being different. *British Journal of General Practice*., 46, 433-436.
- Meinert, C. L., & Tonascia, S. (1986). *Clinical trials, design, conduct, and analysis*. New York.: Oxford University Press.
- Meneses, P. A. (2018). Pensando desde el sur y con el sur. En B. De Sousa-Santos, *Construyendo las epistemologías del sur. Antología esencial*. Volumen I. (Vol. I, pp. 23-30). Buenos Aires., Argentina: CLACSO.
- Merino, G. J. (2003). Laennec y la creación de signos auscultatorios. *Gaceta Médica de México*., 139(2), 165-169.
- Miles, A. (2007). Science: A limited source of knowledge and authority in the care of patients . A review and analysis of: 'How doctors think. Clinical judgement and the practice of medicine.' Montgomery, K. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*., 13, 545-563.
- Miles, A. (2009). On a medicine of the whole person: Away from scientistic reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*., 15, 941–949.

- Miles, A. (2013). Science, humanism, judgement, ethics: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Folia Medica.*, 55(1), 5-24.
- Moerman, D. E. (2013). Against 'placebo.' The case for changing our language, and for the meaning response. En L. Colloca, M. A. Flaten, & K. Meissner, *Placebo, and pain: From bench to bedside.* (pp. 183- 188). Amsterdam.: Academic Press.
- Moerman, D. E. (2013). Against the "placebo effect": A personal point of view. *Complementary Therapies in Medicine*, 21, 125-130.
- Moerman, D. E. (2015). Looking at placebos through a cultural lens and finding meaning: Modern perspectives on placebos in society. *The Journal of Mind-Body Regulation.*, 2(63-72), DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199680702.003.0007.
- Mohr, D. C., Spring, B., Freedland, K., Beckner, V., Arean, P., Hollon, S. D., . . . Kaplan, R. (October de 2008). The selection and design of control conditions for randomized controlled trials of psychological interventions. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 275-284.
- Mok, N. (2017). On the concept of perezhivanie: A quest for critical review. En M. Fleer, F. González-Rey, & N. Veresov, *Perezhivanie, emotions and subjectivity. Advancing vygostky's legacy.* (pp. 19-46). Singapore.: Springer Nature.
- Molina, G. J., Sola, F. C., López, J. F., & Manrique, A. G. (2003). Cos y Cnido. Esencia hipocrática de la práctica enfermera. *Tempus Vitalis. Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico.*, 3(2), 40-46.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification, and medical education: why should we care? *Medical Education.*, 40-48.

- Morrison, K. (2001). Randomised controlled trials for evidence-base education: some problems in judging 'what works'. *Evaluation and Research in Education*, 15(2), 69-83.
- Needleman, J. (2014). *The way of the physician. Recovering the heart of medicine*. Napa, California.: Fearless Books.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., & Ernstmann, N. (2009). Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education and Counseling Journal.*, 74, 339-346.
- Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice. *British Journal of Social Work.*, 41, 1176-1197.
- Nies, A. S. (1996). Principles of Therapeutics. En J. G. Hardman, A. G. Goodman, & L. E. Limbird, *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. (pp. 43-62). New York.: McGraw-Hill.
- NIH. (23 de July de 2020). *U.S. National Library of Medicine*. Recuperado el 12 de diciembre de 2020, de Medical Subject Headings.: <https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, B. (2011). A study of empathy decline in students from five disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education.*, 2, 12-17. DOI:10.5116/ijme.4d47.ddb0.
- Olaisen, R. H., Schluchter, M. D., Flock, S. A., Koroukian, S. M., & Stange, K. C. (2020). Assessing the longitudinal impact of physician patient relationship on functional health. *Annals of Family Medicine.*, 18, 422-429. <https://doi.org/10.1370/afm.2554>.
- Ortíz-Ortíz, M. L. (2021). Pensamiento reflexivo en la formación práctica de los maestros. *Revista Boletín REDIPE*, 10(4), 42-59.

- Patel, S., Pelletier-Bul, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PlosOne*, 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412> .
- Pembroke, N. (2019). Empathic and compassionate healthcare as a Christian spiritual practice. *Practical Theology*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/1756073X.2019.1586343>.
- Perestrello, D. (1969). Sigmund Freud médico. Grande humanista, na mais lata acepção da palavra, humano humonismo, Sigmund Freud foi eminentemente médico. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis* (En línea), XI(03-04), 1-30 <https://www.apuruguay.org/apurevista/1960/16887247196911030407.pdf>.
- Pérez-Tamayo, R. (2013). Humanismo y medicina. *Gaceta Médica de México*., 149, 349-353.
- Pinochet, B. S. (2012). Las promesas de la modernidad puestas en juego. El sometimiento de la autonomía colectiva a libertad individual en el mercado. *Polis, Revista Latinoamericana*., 31, 1-11. <http://journals.openedition.org/polis/3746>.
- Polanyi, K. (2012). *La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*. (Vol. 1a. Edic. En Inglés 1957). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Post, S. ., Ng, L. E., Fischel, J. E., Bennett, M., Bily, L., & Chandran, L. (2014). Routine, empathic and compassionate patient care: definitions, development, obstacles, education, and beneficiaries. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*., 20(6), 872-80. doi: 10.1111/jep.12243.
- Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *Journal of health Care Chaplaincy*., 20(95), 95-108.

- Rakel, D. P., Hoeft, T. J., & Barrett, B. P. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Practice.*, 41(7), 494-501.
- Ramírez-Villaseñor, I. (2018). La infelicidad de los médicos: Un fenómeno complejo y un intento por comprenderla. *Revista Mexicana de Medicina Familiar.*(1), 37-44.
- Ramírez-Villaseñor, I. (2018). Sentimientos del estudiante de medicina al abordar la muerte con cine, música y casos reales. *Educación Médica.*, 20(5), 267-271.
<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.01.004>.
- Ramírez-Villaseñor, I. (2022). La enseñanza de la relación médico-paciente con poder terapéutico: Enfocado con la teoría fundamentada constructivista. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(1), 20-30.
- Ramírez-Villaseñor, I. (2016). Emociones, relación médico-paciente y cine: Comparación entre estudiantes y médicos familiares. Una investigación cualitativa. *Revista Mexicana de Medicina Familiar.*, 3(2), 15-23.
- Ramírez-Villaseñor, I., & García-Serrano, V. G. (2019). La respuesta al significado (antes respuesta placebo) y la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar. An International Journal.*, 21(2), 61-69.
- Ramírez-Villaseñor, I., & García-Serrano, V. G. (2019). Pacientes como profesores en la escuela de medicina. *Archivos en Medicina Familiar. An International Journal.*, 21(2), 35-43.
- Ramírez-Villaseñor, I., Gutiérrez-Castillo, A., Vázquez-Vázquez, S., Arce-Jiménez, P. X., & Ramírez-Gutiérrez, G. P. (2018). El fenómeno clínico gut feelings ¿Cómo expresarlo en español mexicano? Un estudio multimétodo. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 5(2), 62-67.

- R.A.E. (12 de Noviembre de 2019). RAE.es. Recuperado el 12 de noviembre de 2020, de *Diccionario de la lengua española*.: <https://dle.rae.es/raz%C3%B3n?m=form>
- R.A.E. (8 de Noviembre de 2019). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado 8 de noviembre de 2020, de RAE.es: <https://dlee.rae.es/ecuanimidad?m=form>
- R.A.E. (13 de marzo de 2024). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de RAE.es: <https://dle.rae.es/introspección?m=form>
- Roberts, M. (March de 2012). Balint groups. A tool for personal and professional resilience. *Canadian Family Physician*, 58, 245-246.
- Rogoff, B. (2012). Learning without lessons: opportunities to expand knowledge. *Infancia y Aprendizaje. Journal for the Study of Education and Development*, 35(2), 233-252.
- Rogoff, B., Correa-Chávez, M., Angelillo, C., Paradise, R., & Mejía-Arauz, R. (2010). El aprendizaje por medio de la participación intensa en comunidades. En L. De Leon-Pasquel, *Socialización, lenguajes y culturas infantiles: estudios interdisciplinarios* (pp. 95-134). México: CIESAS.
- Rogoff, B., Matusov, E., & White, C. (2000). Models of teaching and learning: participation in a community of learners. En D. R. Olson, & N. Torrance, *The Handbook of Education and Human Development: New Models of Learning, teaching and Schooling* (pp. 373-398). Blackwell Publishing.
- Rogoff, B., Mejia-Arauz, R., & Correa-Chavez, M. (2015). A cultural paradigm, Learning by Observing and Pitch In. En M. Correa-Chávez, R. Mejía-Arauz, & B. Rogoff, *Advances in Child Development and Behavior*. Vo. 49 (pp. 1-22). Burlington: Elsevier.

- Rosenstein, A. H. (2016). Understanding and improving physician attitudes and behaviors in today's health care environment. *EC Psychology and Psychiatry.*, 1(4), 145-148.
- Roth-Damas, P., Portillo-Santamaria, M., Folch-Marin, B., & Palop-Larrea, V. (2017). Fibromialgia y empatía: Un camino hacia el bienestar. *Atención Primaria.*, 50(1), 69-70.
- Ruíz-Díaz, C. J., & Santibañez-Hidalgo, G. (2008). Definiendo la hipnosis desde la psicobiología. *Cuadernos Neuropsicológicos.*, 2(2), 150-166.
- Sade, R., & Stroud, M. (1985). Criteria for selection of future physicians. *Annals of Surgery.*, 201(2), 225-230.
- Saldaña, J., & Omasta, M. (2018). *Qualitative Research: analyzing life.* (Kindle, Ed.) Thousand Oaks., California, USA: SAGE Publications, Inc.
- Sousa-Santos, B. (2018). Un discurso sobre las ciencias. En P. A. Meneses, J. Arriscado-Nunes, C. Lema-Añon, A. Aguilo-Bonet, & N. Lino-Gomes, *Boaventura De Sousa Santos. Construyendo las epistemologías del Sur.* (Vol. I, pp. 31-72). Buenos Aires.: CLACSO.
- Sousa-Santos, B. (2018). La traducción intercultural. Diferir y compartir con passionalità. En P. M. Meneses, J. A. Nunes, C. L. Añon, A. A. Bonet, & L. N. Gomes, *Boaventura de Sousa Santos. Construyendo las epistemologías del Sur.* (Vol. I, pp. 267-297). Buenos Aires., Aargentina: CLACSO.
- Scheer, M. (2012). Are emotions a kind of practice (and is that what makes them have a history)? A Bourdieuan approach to understanding emotion. *History and Theory.*, 51(1), 93–220.
- Schütz, A. (1977). *Fenomenología del mundo social.* Buenos Aires: Paidos.

- Scott, J. G., Cohen, D., DiCicco, B., Miller, W. L., & Stange, K. (2008). Understanding healing relationships in primary care. *Annals of Family Medicine.*, 6, 315-322. DOI 10.1370/afm,860.
- Shankar, P. R., & Subish, P. (2007). Diseases mongering. *Singapore Medical Journal.*, 48(4), 275-280.
- Shapiro, J. (2011). Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic Medicine.*, 86, 326-332.
- Shapiro, J., Rucker, L., & Robitshek, D. (2006). Teaching the art of doctoring: an innovative medical student elective. *Medical Teacher.*, 28(1), 30-35.
- Sigerist, H. E. (1981). *Hitos en la historia de la salud pública*. México.: Siglo XXI Editores, S.A.
- Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Bouchal, S. R., Chochinov, H. M., & Hagen, N. A. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447.
- Sinclair, S., Norris, J., McConnell, S., Chochinov, H., Hack, T., Hagen, N., . . . Bouchal, S. (2016). Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliative Care*, 15-6. DOI 10.1186/s12904-016-0080-0.
- Singer, T., & Klimecki, M. (Sept. de 2014). Empathy and compassion. *Current Biology*, 24(18), R875-R878.
- Smith-Han, K., Martyn, H., Barrett, A., & Nicholson, H. (2016). That's not what you expect to do as a doctor you know you don't expect your patients to die. Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Medical Education.*, 16(108), 1-8. DOI 10.1186/s12909-016-0631-3.

- Sohr, E. (1996). The difficult patient. En E. Sohr, *Relationship and encounter*. (pp. 53-66). Miami., Florida, EE. UU.: MedMaster.
- Spinoza. (2007). *Ética. Tratado teológico-político*. México: Porrúa.
- Stewart, J. (2001). Radical constructivism in biology and cognitive science. *Foundations of Science*., 6, 99-124.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
- Stewart, M., Belle, B. J., & Freeman, T. R. (2014). The fourth component: Enhancing the patient-doctor relationship. En M. Stewart, B. J. Belle, W. W. Weston, I. R. McWhinney, C. L. McWilliam, & T. R. Freeman, *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. (pp. 142-158). London: Radcliffe.
- Stewart, M., Belle, B. J., McWilliam, C. L., Freeman, T. R., & Weston, W. W. (2014). The first component: Exploring health, disease, and the illness experience. En T. Stewart, B. Belle, W. W. Weston, & I. R. McWhinney, *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. (pp. 35-66). London.: Radcliffe.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, R. I., Mc William, C., & & Freeman, T. R. (2003). Patient-centered medicine. *Patient-centered medicine. Transforming the clinical method*. Abingdon., U.K.: Radcliffe Medical Press.
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T., & Dinant, G. J. (2011). Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 197-203.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2012). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Sturmberg, J. (2012). Health care policy that meets the patient's needs. *ECO.*, 14(4), 86-104.
- Sturmberg, J. P. (2007). Systems and complexity thinking in general practice. Part 2 -application in primary care research. *Australian Family Physician*, 36, 273-275.
- Sturmberg, J. P., & Martin, C. M. (2013). Complexity in health: An introduction. En J. P. Sturmberg, & C. M. Martin, *Handbook of System and Complexity in Health*. (pp. 1-24). New York: Springer.
- Sturmberg, J. P., & Miles, A. (2013). The complex nature of knowledge. En J. . Sturmberg, & C. M. Martin, *Handbook of systems and complexity in health*. (pp. 39-62). New York: Springer.
- Tan, L., Le, M. K. Yu, C. C., Liaw, S. Y., Tierney, T., Ho y. Y., . . . Low, J. (2021). Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of healthcare workers and patients in multicultural setting. *BMJ Open*, 11(e045224.), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045224>.
- Tonelli, M. R. (2010). The challenge of evidence in clinical medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.*, 16, 384–389.
- Tortosa, F., González-Ordi, H., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). La hipnosis una controversia interminable. *Anales de Psicología.*, 15(1), 3-25.
- Trivate, T., Dennis, A. A., Sholl, S., & Wilkinson, T. (2019). Learning and coping through reflection: Exploring patient death experiences of medical students. *BMC Medical Education.*, 19(451), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1871-9>.

- Trzeciak, S., & Mazzarelli, A. (2019). *Compassionomics. The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*. Chicago, IL, USA: Huron.
- Tumulty, P. A. (1973). Conversar con los pacientes y obtener la historia. En M. A. Harvey, R. J. Johns, H. A. Owens, & R. S. Ross, *Tratado de medicina interna*. (pp. 1-10). México: Interamericana.
- U.S.P.T.F. (15 de Feb de 2020). Risk assessment, genetic counseling, and genetic testing for BRCA-related cancer: Recommendation statement. *American Family Physician.*, 101(4), 233-238.
- Uygun, J., Brown, J. B., & Herbert, C. (2019). Understanding compassion in family medicine: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, e208-e216.
- Valles, M. S. (2009). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid.: Síntesis, S.A.
- Vanaerschot, G. (2007). Empathic resonance and differential experiential processing: an experiential process-directive approach. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 313-331.
- Vélez, E. H., & Figueredo, L. (Julio-diciembre de 2016). Importancia histórica del climaterio y la menopausia. *Revista Educación en Valores*. Universidad de Carabobo., 2(26), 48-57.
- Veresov, N. (2017). The concept of perezhivanie in cultural-historical theory: Content and contexts. En M. Fleer, F. González-Rey, & N. Veresov, *Perezhivanie, emotions and subjectivity. Advancing Vygotsky's legacy*. (Vol. 1, pp. 47-70). Springer.
- Vidal, J. (2018). Una explicación del autoconocimiento psicológico. *Tópicos, Revista de Filosofía*.(54), 353-392. DOI: <http://dx.doi.org/10.21555/top.v0i54.858>.
- Volcy, C. (2008). Génesis y evolución de los postulados de Koch y su relación con la fitopatología. *Agronomía Colombiana.*, 1, 107-115.

- W.E.F. (26 de abril de 2017). es.Weforum. Obtenido de *Foro Económico Mundial*.: <https://es.weforum.org/agenda/2017/04/compasion-que-es-y-por-que-es-importante-en-medicina/>
- W.H.O. *World Health Organization*. (1998). Glosario de promoción de la salud. (W. H. Organization, Ed.) Ginebra: Suiza.
- Watson, S. (2007). An extraordinary moment. The healing power of stories. *Canadian Family Physician*., 53, 1283-1287.
- Weber, J. (2017). Mindfulness is not enough: Why equanimity holds the key to compassion. *Mindfulness & Compassion*., 2, 149-158.
- Weiss, E., & English, O. S. (1949). *Psychosomatic medicine*. Philadelphia.: W.B. Saunders Company.
- Wenger, E. (30 de Nov de 2022). Wenger-Trayner. Global theorist and consultants. Recuperado el 15 de mayo de 2023, de *Global theorist and consultants*: <https://www.wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2022/09/09-10-27-CoPs-and-systems-v2.0.pdf>
- Whitehead, C. (2013). Scientist or science-stuffed? Discourses of science in North American medical education. *Medical Education*., 47, 26-32.
- Wieringa, S., Engebretsen, E., Heggen, K., & Greenhalgh, T. (2017). Has evidence-based medicine ever been modern? A Latour-inspired understanding of a changing EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*., 1-7.
- Winslow, B. T., Vandal, C., & Dang, L. (2023). Fibromyalgia: diagnosis and management. *American Family Physician*, 107(2), 137-144.

- Woolley, A., & Kostopoulou, O. (2013). Clinical intuition in Family Medicine: more than first impressions. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 60-66.
- Wyer, P. C., & Silva, S. A. (2009). Where is the wisdom? 1. A conceptual history of evidence-based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.*, 15, 891-898.

Anexos

Anexo 1. Método de enseñanza RAVI-JAL

Componentes:

1. Curso de bases filosóficas y científicas de la medicina familiar
2. Curso de método clínico centrado en el paciente.
3. Video “Los pacientes como profesores en la escuela de medicina”.
4. Talleres de cortos de cine y relación médico-paciente.
5. Taller de caso clínico real con fallecimiento de un paciente pediátrico.
6. Sesiones Tipo Balint.

Componente 1: Bases científicas y filosóficas de la medicina familiar.

Objetivo general del componente: Sentar las bases para comprender la unión ciencia-arte en medicina

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
Origen de la medicina familiar. Diferencias con otras especialidades médicas.	Indagar los trayectos de vida que condujeron a los participantes a la decisión de cursar la residencia de medicina familiar	Presentación del profesor con énfasis en la trayectoria personal y profesional que lo llevó hasta este curso. Presentación panorámica del método de enseñanza aprendizaje. Se dialoga sobre las normas de trabajo dentro del mismo haciendo énfasis en la confidencialidad de los relatos que se compartan. Los residentes contestan por escrito la pregunta: ¿Cómo llegué aquí?	Síntesis personal que responda la pregunta ¿Cómo llegué aquí – a este curso de especialización-? Constituye, además, un registro escrito para la investigación.	Saber que 3 de 5 residentes aspiraron primero a otras residencias médicas. Uno había renunciado a una sede en otro estado. 4 de 5 tenían más certeza de lograr entrar a medicina familiar que a la deseada inicialmente. Mostraron sorpresa de los datos que relacionaban a la familia no solo con salud, sino con daños a la misma. Conocí una primera versión de cada residente acerca de cómo se veía así mismo en relación con los valores y crianza de su familia	Los participantes consideraron que sentó las bases generales del curso y les dio una idea universal de la disciplina académica de MF
Enfermedad en la comunidad	Promover la reflexión acerca de conceptos de las lecturas	Exposición del tema por parte del profesor. Los estudiantes cuestionan, expresan sus dudas y aportan experiencias profesionales y personales. Lectura de Cap. 3 (Freeman, 2016).	Entregar previamente a la siguiente sesión un escrito que presente al menos 2 descubrimientos personales de las lecturas.		
La familia en la salud y en la enfermedad I		Con base en el escrito elaborado, de la lectura los estudiantes comentan, cada uno, al menos 2 descubrimientos personales de la lectura y entregan por escrito en texto narrativo o en esquemas sus hallazgos (certezas, dudas, cuestionamientos, visiones opuestas etc.) Lectura de Cap. 4 (Freeman, 2016).	Texto narrativo o en esquemas sobre sus hallazgos, certezas, dudas, cuestionamientos, visiones opuestas, etc.		
La familia en la salud y en la enfermedad II		El profesor hace una breve presentación y resumen del tema conforme lo resaltado por los residentes. Se destacan los conceptos de “yo en mi familia y lo que llevo de mi familia en mí”. Los residentes contestan la siguiente pregunta: ¿Qué llevo de mi familia en mí?	Se graba en audio la participación de los residentes manteniendo a salvo su identidad.		

		Discusión grupal en torno a sus respuestas a esta pregunta. El tema central es la lectura de Cap. 4 (Freeman, 2016).			
Fundamentos filosóficos y científicos de la medicina familiar	Comprender la teoría de Thomas Kuhn sobre el cambio de paradigma en ciencia, las “anomalías” del viejo paradigma biomédico, la errónea idea de la etiología única, la unidad mente-cuerpo, el error del concepto respuesta placebo, la interacción del sistema inmune con todos los sistemas corporales, el paradigma organísmico que contraviene el paradigma de la máquina biológica, los sistemas autoorganizados, los modos de conocer de lo molecular a lo social, el conocimiento médico, el concepto de abstracción sus niveles en conexión con la experiencia (mapa y territorio)	Leer en casa el capítulo 6 de (Freeman, 2016) ‘Philosophical and scientific foundations of family medicine’. Pp. 104-144. Las lecturas son comentadas por los residentes a partir de dos cosas que aprendieron en el ejercicio Nota: A partir de esta semana ya no hay tareas escritas. Se sustituyen por foros realizados al inicio o al final de la sesión que se audio graban y se transcriben palabra por palabra.	Entregaron sus aprendizajes principales por escrito en forma narrativa libre.	Comprendieron que la medicina familiar tiene profundas bases filosóficas y científicas que no habían visto antes. Sin embargo, no la conectan claramente con su práctica. Se percibe muy escasa o nula comprensión de términos como “positivismo”, “paradigma”, “abstracción”, niveles de realidad y muchos otros.	Los participantes se dieron cuenta de que existe una disciplina compleja con amplio fundamento. Y yo aprendí que puede hacerse comprender una nueva visión que necesita ser revisada más de una vez.
Enfermedad, padecer y sanación	Introducir teóricamente la diferencia entre los conceptos de enfermedad como patología y enfermedad como padecimiento y el médico como sanador. El papel del involucramiento afectivo del médico, y los aspectos	Contestar: ¿Qué descubrí en la lectura? Lectura capítulo 7 de (Freeman, 2016) ‘Illness, suffering, and healing’. Pp. 146-172	Grabaciones de audio al inicio de la sesión y su transcripción palabra por palabra.	Los residentes comentaron experiencias personales ligadas al contenido del capítulo ya fuera con pacientes o dentro de su familia de origen o actual.	Los residentes comentaron experiencias personales ligadas al contenido del capítulo ya fuera con pacientes o dentro de su familia de origen o actual.

	espirituales del proceso sanador, así como la dimensión moral del médico ante el sufrimiento del otro, y el poder limitado de la terapia farmacológica y o quirúrgica de la actitud desapegada del médico.				
Comunicación médico-paciente	Introducir a las particularidades de la comunicación en el espacio clínico y reconocer que una parte muy significativa de la misma es de tipo no verbal y no consciente. Comprender el papel del contexto, sus pistas, los factores culturales, así como distinguir culturas de alto y bajo contexto. La necesidad de aprender a escuchar de manera plena, el papel de la empatía, saber comunicar malas noticias, como dar seguridad al paciente, y aprender de los encuentros clínicos.	Contestar: ¿Qué descubrí en la lectura? Lectura capítulo 8 de (Freeman, 2016) 'Patient-doctor communication'. Pp. 173-202.	Grabaciones de audio al inicio de la sesión y su transcripción.	Observé que los residentes conectaron la lectura con ejemplos de relación médico-paciente que habían estado presenciando durante sus actividades clínicas. Roles adecuados y no adecuados. P. Ej. aquí surgió el caso: "el pediatra con trato rudo para con las mamás..."	Observé que los residentes conectaron la lectura con ejemplos de relación médico-paciente que habían estado presenciando durante sus actividades clínicas. Roles adecuados y no adecuados. P. Ej. aquí surgió el caso: "el pediatra con trato rudo para con las mamás..."

Componente 2: Curso de método clínico centrado en el paciente.

Objetivo general del componente: Informar de un método que además del diagnóstico diferencial biomédico incluye la subjetividad de la relación médico-paciente

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
MCCP orígenes	Explicar el origen del método clínico biomédico y la necesidad de renovarlo incluyendo la intersubjetividad en la relación médico-paciente.	El profesor hizo una exposición de 30 minutos a partir de: (McWhinney, 2016) Siguió un foro que cerró con un video de 1 minuto que muestra una consulta de un paciente con un psiquiatra que	Grabaciones de audio	Los residentes captaron con precisión la indiferencia del clínico, los intentos del paciente por comunicarse con el psiquiatra, el	Los residentes consideraron que no es fácil dejar el método biomédico y simplemente cambiarlo por el método centrado en el

		pone escasa atención a su paciente.		cambio de actitud del paciente ante la indiferencia persistente de su médico.	paciente. No logran entender aun, que no se trata de abandonar un método, sino de actualizarlo, incluir las cualidades que le hacen falta.
MCCP componentes I y II	Explicar cómo se puede entretener el diagnóstico y tratamiento de la patología y el conocimiento de la experiencia con la enfermedad. Así como entender a la persona, la familia de donde proviene y su historia de vida.	El profesor hizo una exposición de 30 minutos a partir de (Stewart, Brown, & McWilliam 2014) capítulos 3, 4, y 5 pp. 35 a 104; seguido de un foro abierto buscando conectar con experiencias de los residentes.	Grabaciones de audio	La experiencia fue muy interesante porque al final de estas sesiones, los residentes iniciaron descripciones muy detalladas de casos reales donde conocieron bien a las personas y sus familias. Fue un episodio de aplicación despertada por las lecturas y el foro fue un buen espacio para ello.	Los componentes I y II versan sobre comprender al paciente como persona, sentimientos, ideas de causas de sus problemas, afectación de su función y expectativas, así como de su contexto familiar y comunitario. Esto fue muy bien recibido y aprovechado por los participantes.
MCCP componentes III y IV	Explicar cómo se puede llegar a “terreno común” respecto a las causas de los problemas clínicos y su manera de resolverlos o enfocarlos entre médico y paciente. Entender la necesidad de una postura mental especial que fortalezca la relación médico-paciente, una que conecte compasión con ecuanimidad,	El profesor hizo una exposición de 30 minutos seguido de un foro abierto buscando conectar con experiencias de los residentes. La fuente usada fueron los capítulos 6 y 7 del texto de Stewart et al., pp.107-162.	Grabaciones de audio	Aparecieron reflexiones donde compararon enseñanzas previas en la escuela de medicina que no aterrizaban en “el cómo” lograr entender la relación médico-paciente. También diversas experiencias previas que ahora cobraron sentido y daban explicaciones razonables de por qué no fue suficiente el buen deseo de construir relaciones terapéuticas.	La idea del “cambio de chip” se hizo parte del lenguaje compartido por el grupo, fue la forma como expresaron la necesidad de asumir el MCCP como herramienta permanente que no descuida el lado biomédico de su actividad.

Componente 3: Video “Los pacientes como profesores en la escuela de medicina”.

Objetivo general del componente: Iniciar una actividad audiovisual con alto contenido afectivo en el contexto de estudiantes aprendiendo de narraciones directas de pacientes.

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
Narraciones de pacientes ‘in vivo’.	Promover la evocación de relaciones previas con pacientes y posiblemente recordar cómo se veían en su etapa de pregrado.	Exposición a un video de pacientes reales que cuentan su historia de la relación médico-paciente. Duración de 9 minutos. Se siguió de un foro de discusión. La experiencia original se describió en https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86566	Grabaciones de audio	Los participantes destacaron que los pacientes pueden guardar intensos recuerdos años después de entrevistas médicas únicas o repetidas.	Algunos participantes se preguntaron ¿qué recuerdo a largo plazo quiero dejar en mis pacientes?

Componente 4: Talleres de cortos de cine sobre la relación médico-paciente.

Objetivo general del componente: Enfocar de forma predominantemente afectiva el modelo clínico de ausencia de desapego y el modelo compasivo ecuánime.

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
Video 1 Se muestra violencia letal contra una multitud inerte, y la frialdad extrema del general al mando del batallón	Explorar si los participantes pueden sentir en su cuerpo las sensaciones somáticas de la respuesta simpática	Los estudiantes llenan una hoja de registro-cotejo sobre sus sensaciones e ideas. El formato se muestra en el Anexo 2. Foro de discusión inmediato al finalizar la exposición a los videos y del llenado de la hoja de cotejo. El video puede verse en YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=9wcGnsKCSBE&t=3s	Grabaciones de audio	Se confirmó lo que encontrado por serendipia en el sentido de que algunos participantes no son capaces de identificar sus sensaciones corporales que preceden a sentimientos aversivos, como impotencia, rabia, desesperación. (Ramírez-Villaseñor, 2016).	No se exploró que aprendieron los estudiantes, no era el objetivo de esta parte.

de soldados que ejerce esa violencia . Duración 6 minutos					
Video 2 Contraste entre la enfermedad como patología versus la experiencia de vivir con la enfermedad. Dura 23 minutos	Mostrar con escenas contemporáneas el desapego clínico, la insensibilidad afectiva, la discapacidad para detectar el sufrimiento no expresable en palabras, contrastadas con la capacidad de consolar y confortar con empatía, comprometerse con las personas y desplegar compasión ecuánime guiada por bondad.	Los participantes recibieron una guía escrita en concordancia con pausas de alrededor de 7 minutos (ver Anexo 2) para que contestara la pregunta: ¿Qué piensas y sientes después de ver los primeros 7 minutos? Y así, hasta terminar los 23 minutos del video. Se trata de una selección de escenas de “Wit” en español publicitada como “Vivir” dirigida por Mike Nichols en 1999. Una reseña de la cinta puede verse en: https://en.wikipedia.org/wiki/Wit_(film)	Los registros escritos de cada participante y la grabación del foro de intercambio ocurridos al terminar de ver el video	Esta actividad permitió elaborar los siguientes códigos iniciales: Identificar emociones/sentimientos Interpretar subjetividad Alivio paradójico Evocar experiencias intensas previas Centrarse en el paciente Compartir el sufrimiento Rol antiprofesional Atención plena Desarrollar empatía Integrar emociones.	Los participantes aprendieron que pueden sentir y expresar sentimientos negativos como la ira, rabia ante el irrespeto por el moribundo
Video 3 El tema es la diversidad de relaciones que los médicos establecen con sus pacientes	Mostrar ejemplos de diferentes épocas y culturas, con escenas de cine de autor que ejemplifican actitudes distantes, desapegadas y actitudes compasivas y ecuánimes	El video es una selección de muchas películas, se enlistan los títulos de estas, no ha sido posible subir el video a YouTube por cuestiones de la propiedad intelectual de los fragmentos que conforman el video: “Wit”, ya citada. “Moscati, El médico de los pobres” 2007. https://canalrgz.com/pelicula/moscati-el-medico-de-los-pobres-2614 “Patch Adams” 1998. Director T. Shadyac. https://canalrgz.com/pelicula/patch-adams-7446	Ídem	Los códigos principales que se extrajeron de las transcripciones del ejercicio fueron: Modelos de rol Un memo: Barreras para aprendizaje de EC Discriminación racial/de clase	Los participantes aprendieron que independiente de los contextos culturales la actitud individual del médico tiene amplio campo de desarrollo. Destacaron que los videos les

	de médicos y personal de salud.	“La perla” 1947. Cinta mexicana, Director Emilio Fernández. https://canalrgz.com/pelicula/patch-adams-7446 Dos videos de YouTube que ya fueron eliminados por sus autores. “El ángel ebrio” de Akira Kurosawa 1948. https://www.filmin.es/pelicula/el-angel-ebrio “Atrapado sin salida” de Milos Forman, 1975. https://www.tomatazos.com/peliculas/132310/Atrapado-sin-Salida “Vivir” (Ikiru) de Akira Kurosawa 1952. https://www.filmaffinity.com/mx/film246184.html “Barbarroja” de Akira Kurosawa 1965. https://www.filmaffinity.com/mx/film418007.html Una descripción detallada de los cortos de cada cinta en el video puede verse en (Ramírez-Villaseñor I. , 2016).		Diagnosticar a la persona Ayudar a sanar El dinero valor superior para algunos Barbarroja enseña Sentir el dolor del otro Molestia ante la indiferencia de otros	permitieron ver más fácilmente conceptos abstractos como el de actitud compasiva y ecuánime mostrada en el antiguo corto del médico Barbarroja que enseña a un médico joven experto en el área técnica, pero inexperto en la subjetividad de la relación médico-paciente.
--	---------------------------------	--	--	--	--

Componente 5: Taller de caso clínico real con fallecimiento de un paciente pediátrico

Objetivo general del componente: Iniciar la demostración de la aplicabilidad de los dos cursos teóricos previos incluyendo los cortos de cine.

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
Se describe en primera persona el caso real que un médico familiar trató por 2 años en una institución de seguridad social en México.	Etapas 1: Mostrar que la aplicación práctica de la teoría vista hasta el momento es posible en el ambiente típico de la Atención Primaria en una institución de seguridad social mexicana. Etapas 2: Comparar similitudes y diferencias con los comentarios entre	Etapas 1: Lectura en casa del caso “Edgar el pequeño con tumor del cuello” Tareas escritas y foros de discusión posteriores a las tareas. Etapas 2: La segunda generación además de leer el mismo caso escuchó la grabación del foro del mismo tema de	Audiograbaciones en las dos etapas	Hubo concordancia notable entre ambas generaciones en sus comentarios Ambas generaciones expresaron sentimientos empáticos con la madre que perdió un hijo y reconocieron que los residentes con hijos se identificaron más con los padres que los residentes que no tenían hijos. Ambas generaciones mostraron contento y satisfacción de que el	Aprendieron que sin haberse puesto de acuerdo las generaciones concordaron en esencia sobre la autopercepción de afectos. “... no sé... pero creo que vamos muy enfocados por el mismo camino con respecto al caso. O sea, nos genera

	las generaciones que participaron en el estudio	la primera generación. Su foro consistió responder la pregunta ¿Qué pueden decir del caso de Edgar y de la grabación de sus compañeros de la generación anterior		médico que relató el caso haya integrado armoniosamente los lados técnicos con la atención humana, la atención al duelo y el sufrimiento de la familia. Básicamente ocurrió una confirmación intergeneracional de las posibilidades de la herramienta en el contexto puesto a prueba.	sentimientos muy parecidos.” R-54
--	---	--	--	--	-----------------------------------

Componente 6: Sesiones Tipo Balint.

Objetivo general del componente: Aplicar lo aprendido previamente en el curso a partir de la reflexión individual y grupal de experiencias con casos específicos de la práctica de los participantes

Temas	Objetivos específicos	Actividad	Productos	Aportaciones al estudio	Aportaciones al aprendizaje
Los temas son los casos específicos que los participantes narran en las sesiones grupales	Aplicar lo aprendido previamente en el curso a partir de la reflexión individual y grupal de experiencias con casos específicos de la práctica de los participantes. El foco está centrado en la relación médico-paciente del caso que se narra, y en compartir, analizar y elaborar las emociones y sentimientos intensos y persistentes que ese caso le haya dejado al participante.	La sesión tipo Balint se abre por el coordinador y una vez que un participante decide relatar su caso, la labor del coordinador se limita a aclarar los puntos que parecen poco claros y a reconducir la sesión promoviendo la expresión irrestricta de emociones y sentimientos de todos los participantes. Los participantes opinan libremente sobre lo que otros comentan.	Grabaciones de audio	Los grupos tipo Balint fueron los que aportaron más el contenido dialógico reflexivo de la investigación y los que impulsaron más el avance en el autoconocimiento. También ayudaron a dejar claro que no tener pacientes bajo la responsabilidad y seguimiento a mediano plazo por parte de los residentes limita considerablemente los alcances del curso RAVI-JAL.	Los participantes consideraron fundamentales las sesiones en su aprendizaje. Hubo numerosos ejemplos de autorreflexión y reflexiones grupales a partir de lo expresado por los participantes. Reconocieron que se había creado un ambiente fraternal y de confianza para expresarse de forma libre. Apreciaron diferencias entre los participantes según la antigüedad en el grupo.

Anexo 2. Registro de actividad en la exposición a los cortos de cine del curso y el caso de “Edgar”

13 de septiembre de 2021

CODIGO del residente

Primer video

1. ¿Percibiste alguna sensación corporal (somática)? Si, No, No estoy seguro

En caso de haberla percibido descríbela

-
2. ¿Percibiste algún(os) ideas, pensamientos a los que podrían poner nombre?

Si, No, No estoy seguro

3. Si percibiste ideas o pensamientos ¿Puedes decir si fueron agradables, desagradables o indiferentes y describirlos en tus palabras?

Segundo video

¿Qué piensas y sientes después de ver los primeros 7:15 minutos?

¿Qué piensas y sientes cuando has visto hasta el minuto 14:55?

¿Qué piensas y sientes después haber visto hasta el minuto 20:48?

¿Qué piensas y sientes cuando has visto los últimos 2.12 minutos?

Registro de actividad del estudio piloto de enseñanza de la ecuanimidad compasiva en residentes de medicina familiar, 20 de octubre de 2021

CODIGO del residente:

Tercer video del programa

3° video

¿Qué piensas y sientes después de ver los primeros 7 minutos?

¿Qué piensas y sientes cuando has visto hasta el minuto 15?

¿Qué piensas y sientes has visto hasta el minuto 19?

¿Qué piensas y sientes cuando has visto los últimos 6 minutos?

27 de octubre 2021

Reporte del caso clínico “Edgar” posterior al foro de discusión

Código del residente_____

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

Carta de consentimiento informado del estudio denominado “La enseñanza de la ecuanimidad compasiva a residentes de medicina familiar. Un estudio cualitativo”

Instituciones que participan: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), Universidad Iberoamericana. Con apoyo de beca del CONACYT # 785445 de agosto 2020 a junio 2023. Establecimiento del estudio: Unidad de medicina familiar en Guadalajara, Jalisco.

Acto autorizado bajo consentimiento informado

La participación en sesiones de exposición a cortos de cine con temática sobre la relación médico-paciente; la discusión de un caso clínico real (no identificable) y la participación en sesiones en grupos tipo Balint centrados en comprender las características de la relación médico-paciente de los casos narrados por los participantes. El objetivo es evaluar los efectos que estas actividades pudieran tener en la comprensión del concepto de ecuanimidad compasiva y su puesta en práctica por los participantes en las condiciones reales en que atienden pacientes.

Descripción del estudio

Se trata de una intervención educativa con dos sesiones iniciales de la exposición a cortos de cine y una sesión de discusión de un caso clínico; una entrevista vía Zoom a cada participante y luego 5 sesiones en un grupo tipo Balint y al final una entrevista vía Zoom.

Riesgos y beneficios previsibles

Los riesgos previsibles son la ruptura de la confidencialidad de los participantes o las fisuras de la seguridad de la información identificable recogida por el investigador. Por lo que se exige la

absoluta confidencialidad de todos los participantes, incluyendo el investigador y el celoso guardado de los registros. Es posible que durante las sesiones se expresen emociones y sentimientos intensos, pero será en un ambiente seguro y de aceptación incondicional. Aunque pueden presentarse casos de crisis emocionales, la experiencia con estudiantes de medicina muestra que es mejor que se descubran en este tipo de ejercicios que en la práctica profesional. Cada caso será manejado de manera personal y con acuerdo del cuerpo académico de la sede de Residencia de Medicina Familiar.

Los beneficios previsible es que todos los participantes, incluyendo el investigador profundicen su autoconocimiento y avancen en su personal proceso con recursos propios.

Las alternativas conocidas en el desarrollo afectivo son los cursos de medicina de narrativa, los cursos de mindfulness y otros, pero ninguno de ellos se ha probado para el aprendizaje de ecuanimidad compasiva.

Confidencialidad de los registros

Se eliminará todo dato identificable en las transcripciones de las grabaciones de audio y en los documentos escritos por los participantes. Y no se permitirá que ninguna otra persona tenga acceso a los registros originales, solo verán los registros codificados sin nombre ni género.

Participación voluntaria

Los residentes que participen lo harán voluntariamente, sin coerción, ni consecuencia alguna para su calificación o actividad como residente. Podrán retirarse del estudio cuando lo deseen sin necesidad de ofrecer razones de su retiro. En todo momento mantienen sus derechos laborales y de todo tipo.

Uso de la información recabada

No se recabará ningún dato demográfico, de carácter familiar, o económico. Los identificadores como R-38, R-37, etcétera, no será reportado en la codificación de la información o la publicación potencial en forma de artículo científico. Los datos *sin identificadores*, podrá ser usada en otro estudio del mismo investigador y potencialmente compartida en el futuro con investigadores del mismo campo de interés.

Uso comercial

Los datos aquí recabados no podrán ser usados para fines comerciales por el investigador de este estudio, lo mismo aplica a otros investigadores que pudieran compartir los datos aquí generados.

Incentivos

Este estudio no incluye el uso de incentivos económicos.

Participación totalmente voluntaria

Su participación en esta investigación es absolutamente voluntaria, si desea no participar o cambia de opinión posteriormente, su decisión no afectará su relación con el investigador o su derecho a otros servicios a los que usted tenga derecho o pudiera ser elegible para recibirlos.

Guadalajara, Jalisco, México a _____

Nombre _____

Firma:

Anexo 4. Entrevistas del trabajo de investigación

Entrevista individual 1

La primera entrevista se hizo con la primera generación cuando terminó la fase de los casos clínicos, es decir previa al inicio de la fase en los grupos tipo Balint.

- Protocolo pre-durante la entrevista

Estar conectado a Zoom unos 10 minutos antes de la hora convenida para aprovechar el tiempo que permite la aplicación y asegurar terminar la entrevista sin necesidad de reconexión. En ese tiempo es necesario probar las conexiones a internet, el nivel de pila de la laptop, y los ajustes del micrófono. Prevenir fuentes de ruido externo.

Los entrevistados son conocidos por el entrevistador lo que solo será necesario un saludo y alguna introducción general acerca de que como le ha ido al entrevistado y si todo está bien en casa. También para solicitar su consentimiento para hacer las preguntas y grabar la conversación.

Preguntas:

- 1) ¿Qué te produjo a ti el trabajo con los videos de cortos de cine?
- 2) ¿Qué te produjo a ti el trabajo con el caso clínico del niño Edgar?
- 3) ¿Qué elementos han sido significativos para tu aprendizaje en esta experiencia?
- 4) ¿Hasta esta parte de nuestra experiencia de aprendizaje que es para ti la ecuanimidad compasiva?
- 5) ¿Qué ha significado para ti esta experiencia de aprendizaje?

6) ¿Hay algo más que quisieras decirme respecto al tema que hemos platicado o relacionado con él?

Despedida:

Si después de la entrevista recuerdas alguna cosa que se te haya olvidado no dudes en escribirme al correo ismaelravi@gmail.com.

Muchas gracias por tu generosa participación en este proyecto.

Durante la entrevista

Se debe tener a la mano una libreta para anotar de inmediato ideas o sucesos de interés surgidos en la entrevista.

Entrevista individual 2

Realizada primera generación al final de la 5ª sesión del grupo tipo Balint el 15 de diciembre de 2021.

Protocolo pre-durante la entrevista

Estar conectado a Zoom unos 10 minutos antes de la hora convenida para aprovechar el tiempo que permite la aplicación y asegurar terminar la entrevista sin necesidad de reconexión. En ese tiempo es necesario probar las conexiones a internet, el nivel de pila de la laptop, y los ajustes del micrófono. Prevenir fuentes de ruido externo.

Los entrevistados son conocidos por el entrevistador lo que solo será necesario un saludo y alguna introducción general acerca de que como le ha ido al entrevistado y si todo está bien en casa. También para solicitar su consentimiento para hacer las preguntas y grabar la conversación.

Preguntas:

- 1) Ya que finalizamos este curso que duró de marzo a diciembre; en tus propias palabras ¿Qué es la ecuanimidad compasiva?
- 2) ¿Crees tú que otros residentes lo puedan aprender como tú lo aprendiste?
- 3) El curso estuvo compuesto por 5 partes: 1. Bases filosóficas y científicas de la especialidad de medicina familiar, 2. el método clínico centrado en el paciente, 3. exposición a cortos de cine enfocados en la relación médico-paciente. 4. Un caso clínico real relatado en primera persona por el médico tratante. 5. Cinco sesiones en un grupo tipo Balint. ¿Qué influencia tuvo cada uno de ellos en tu aprendizaje?
- 4) En tu dibujo al final del curso muestras... y aparece... ¿Podrías hablar sobre eso?
- 5) ¿Hay algo más que quisieras decirme?

Despedida:

Si después de la entrevista recuerdas alguna cosa que se te haya olvidado no dudes en escribirme al correo ismaelravi@gmail.com.

Muchas gracias por tu generosa participación en este proyecto.

Durante la entrevista

Se debe tener a la mano una libreta para anotar de inmediato ideas o sucesos de interés.

Entrevistas a la segunda generación

La entrevista 1 fue modificada para la segunda generación con el propósito de hacerla menos inductiva que la forma aplicada a la primera generación. La introducción fue la misma,

cambiaron solo las preguntas guías, ya no se mencionó cada uno de los elementos del método RAVI-JAL. La entrevista 1 fue realizada a la segunda generación al terminar la exposición a los videos y el caso clínico real como ocurrió en la primera generación.

- 1) ¿Qué elementos han sido significativos para tu aprendizaje en esta experiencia?
- 2) ¿Qué ha significado para ti esta experiencia de aprendizaje?
- 3) ¿Hasta esta parte de nuestra experiencia de aprendizaje que es para ti la ecuanimidad compasiva?
- 4) ¿Hay algo más que quisieras decirme respecto al tema que hemos platicado o relacionado con él?

Despedida:

Si después de la entrevista recuerdas alguna cosa que se te haya olvidado no dudes en escribirme al correo ismaelravi@gmail.com.

Muchas gracias por tu generosa participación en este proyecto.

Entrevista individual realizada del 30 de noviembre al 7 de diciembre de 2022 a ambas generaciones de participantes

Esta es la entrevista final en el formato individual, para la primera generación significó la tercera entrevista individual, mientras que para la segunda generación fue la segunda entrevista individual. Fue una entrevista abierta, personal, que tuvo como propósito profundizar en los significados globales del curso para cada uno de los participantes. Se buscó estimar que conceptos de ecuanimidad compasiva había incorporado al final del curso RAVI-JAL, y si creían que otros

residentes de medicina familiar podrían aprender lo mismo que el entrevistado consideraba haber aprendido. La introducción se hizo a partir del dibujo que se les pidió hacer antes de la entrevista y su comparación con el dibujo que hicieron en la primera ocasión en la fase de terminación de los videos y caso clínico.

Un comienzo típico de la entrevista fue como el siguiente: “estamos en la entrevista final y estoy viendo tu dibujo donde hay una persona con una toga, como si se hubiese graduado o algo así, ¿Podrías explicarnos que significa tu dibujo?”

Entrevistas grupales reunidas ambas generaciones

Fueron dos entrevistas realizadas en febrero 15 y febrero 23 de 2023 con el grupo de los 5 residentes en la primera sesión, y solamente 3 en la segunda entrevista (2 no acudieron porque estuvieron en un curso obligatorio). El propósito de estas entrevistas fue escuchar lo que los participantes opinaran sobre las conclusiones del investigador que les habían sido compartidas en un documento .pdf una semana antes por vía del correo electrónico (Anexo 5).

La primera entrevista grupal fue abierta y comenzó con de la siguiente manera: “E: Buenos días, estamos en esta sesión del de febrero de 2023 donde vamos a reflexionar sobre las opiniones que hizo el investigador-profesor, y que ustedes han leído. Vamos a tener una sesión más en la siguiente semana. Es importante que ustedes digan lo que realmente ven, pueden discrepar perfectamente de cualquier parte de los planteamientos de la propuesta”.

La segunda entrevista tuvo como propósito precisar lo que los participantes consideraban que era la ecuanimidad compasiva, como se aprende, quiénes podrían aprenderla y cuales podrían ser algunas de las motivaciones para aprenderla. El inicio de la entrevista fue como sigue, después

de una breve introducción: “Hoy vamos a preguntar, ¿que fue la ecuanimidad compasiva para ustedes? ¿Por qué creen que se aprende? ¿Quién la aprende? y ¿Cómo la aprende? Entonces, cómo ustedes quieran tomarlo, iniciamos”.

Anexo 5. Memo de memos analíticos compartido con los participantes en febrero de 2023

El siguiente es un memorándum analítico realizado cuando ya se había terminado de reunir los datos del estudio; en ese momento se perfilaban los principales descubrimientos en la óptica del investigador, por lo que se decidió exponer estas conclusiones provisionales a los 5 participantes. Lo que sigue se compartió por correo electrónico con ellos una semana antes de las entrevistas colectivas finales.

Definición de la categoría *significados del proceso enseñanza aprendizaje de la EC*

Reúno aquí frases, oraciones e ideas que desde mi punto de vista contienen significados explícitos y no explícitos de los participantes. Las subcategorías principales en que reuní estos datos son: Reestructuración afectivo-cognitiva, una nueva medicina familiar, valoración del MCCP.

Inicio con la reestructuración afectivo-cognitiva.

R-38 en su entrevista al final de los primeros ocho meses explicó el contenido de su dibujo, que expresaba sus significados globales del curso:

R-38: “Mi dibujo yo me describí como un médico chiquito... con un libro de McWhinney, que empecé a leer “What a fuck” ¿qué es esto? ¿no? o sea que es esto, toda esta historia, esta paja, o sea ¿para qué me va a servir? ¿no? fue mi primer pensamiento, ¡ay! para que tantas cosas...” 19:7 ¶ 19, Cita en Entrevista-R38-final-17-DIC-21.docx

El texto subrayado muestra que el curso le parecía sin sustancia, vano y sin utilidad en su horizonte, pero esto cambió mucho. La reestructuración de sus significados queda clara en el siguiente párrafo en su metáfora de “construir una casa”.

R-38: “Yo me sentí como construyendo una casa. Primero los cimientos, que fueron las bases filosóficas, para entender quien describió ese sistema de donde empezó, como empezó y después, los ladrillos ... como fue reconstruyendo este método científico y de ahí la casa está en mano de obra... enjarrarla, pintarla, con sus métodos, con los cortos de cine para que quedaran más acentrados...[sic]” 19:16 ¶ 15, Cita en Entrevista-R38-final-17-DIC-21.docx

Por su parte, R-37 muestra sus procesos reflexivos acerca de las reestructuraciones que hizo durante el curso. Este es un ejemplo tomado de su entrevista a los 8 meses del curso.

R-37: “Pienso que fue realmente un curso enriquecedor, ¡ah! sí, nunca nos enseñan esto en la universidad, nunca nos enseñan lo que es ser un médico de verdad... porque ser médico es dejar tu corazón, dejar tu persona en la consulta, echar todo de ti para que la otra persona se sienta bien y esté bien... y muchas veces lo olvidamos. Siento que es algo que todos deberíamos seguir practicando o al menos empezar a practicar”. 21:4 ¶ 31, Cita en entrevista-R37-final-20-dic-2021 .docx

R-37 recupera su idea del médico empático, *ser un médico de verdad*, que la escuela de medicina no promovió ni le enseñó. Y si no se lo enseñó la universidad, significa que ella entró a la escuela de medicina con la creencia de que ser un médico verdadero significa dar prioridad al bienestar del paciente. Por otro lado, si esa postura profesional no se le enseñó formalmente, significa que rescata una medicina buena, aquella que buscan muchos estudiantes que ingresan a la escuela de medicina con la explícita idea de “ayudar a los pacientes” y no están equivocados, el objetivo de ayudar es el eje de la medicina:

En la relación paciente-médico el propósito es ayudar al paciente, es decir, se propone volverse una relación terapéutica que frecuentemente facilita la sanación o curación en sentido holístico (Stewart & Belle, 2003, p. 117).

Pero que hoy la medicina está sobrecargada de bagajes técnicos-científicos en claro desbalance con su lado humanista como se aprecia claramente desde la filosofía humanista contemporánea, como lo precisa este mensaje al médico:

No era la ciencia en lo que creías, era el ser humano. Pero hoy es la ciencia en lo que crees y mucho menos en el hombre. Cuando la ciencia era nueva para ti, creías en usarla, pero eras muy cuidadoso al hacerlo. No dabas nada por hecho cuando usabas sus métodos e instrumentos. Eras un observador y tus ojos estaban tanto en tu corazón como en tu mente. Eras un buen científico, pero también un humano que siempre examinaba a la ciencia misma. Pero ahora ya no la cuestionas, “la ciencia ha deglutido tu mente”... (Needleman, 2014, p. 16)

Una reestructuración cognitiva importante ocurrió con respecto al trabajo en los grupos tipo Balint, al principio predominaba una idea escéptica de los participantes, pero esta cambió radicalmente al final de los primeros nueve meses del curso.

R-38: ... vamos a ver que son esas famosas sesiones Balint, porque yo nunca había escuchado... de...esto ¿no? Y ahorita ...en estas sesiones se trabaja todo lo que se vio en el transcurso de McWhinney... es como el resumen para poder... aprender de lo leído y aprendido...que vimos en la literatura. 14:18 ¶ 34, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

R-38: Son interesantes estos grupos porque sacan algo de tu experiencia ¿por qué te marcó tanto un caso? ... aquí se va discerniendo porque te marcó tanto... con que finalidad... dices ya sé porque me marcó, porque me identifiqué con eso... traía ese aspecto en mi vida. 14:19 ¶ 34, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

El proceso de reestructuración cognitivo-afectiva de R-38 me impresionó, en pocas semanas pasó del escepticismo y resistencia al curso, a un importante avance en la autoconciencia de un tema específico que le estuvo causando inquietud por varios años. En la misma sesión Balint otro residente opinó:

R-37: ...ha sido enriquecedor conocer que... tus compañeros también tienen ciertos casos que los han marcado, que los han hecho sentir miedo, enojo, frustración y te sientes identificado y reconfortado de saber que no eres el único que ha pasado por cierta situación. Y... saber que la ecuanimidad compasiva en tu consulta te va a enriquecer muchísimo, mientras la apliques adecuadamente y que mientras te conozcas bien... 14:17 ¶ 32 – 33, Cita en Transc-Balint 5a-15-dic.docx

La cita previa permite ver además de la reestructuración cognitiva, la participación de la reflexión conjunta en el proceso de aprendizaje “...enriquecedor conocer que tus compañeros también...”

En otro momento, una residente dedicó gran parte de su reflexión al final de los primeros nueve meses a comentar la importancia que tuvo para ella participar en los grupos tipo Balint:

R-73: ...mi dibujo ... habla sobre el Grupo Balint, sobre lo que hemos trabajado este último mes... una persona ... tiene dos lados [opciones] irse solo y más rápido, o irse acompañado, más lento... al abrir ...nuestras emociones con ciertos pacientes ... nos damos cuenta de ... cosas que no nos dábamos cuenta. Y así podemos abrir nuestra mente a escuchar opiniones de otros para que no nos vuelva a pasar. Está el lado solo, ... el tradicional... vas más rápido, pero te va cegando, no vas viendo las cosas, vas en una sola línea sin ver lo que hay a tu alrededor. Por eso en el otro camino puse arbolitos. Porque vas ... abriendo tu visión, ves lo que hay a tu alrededor, diferentes pensamientos... ver cómo puedes hacerle si te vuelve a pasar otro caso igual. En el otro camino vas tu solo,

solo, solo... cometiendo los mismos errores, vas haciendo lo mismo... no sabes lo que estás haciendo mal, ni sabes si te está afectando... o te da igual... ese es el significado. 60:2 ¶ 4 en R73-Entrevista final-30-nov-2022.docx

Para mí es claro que R-73 está hablando de importante reestructuración cognitivo-afectiva personal, pero, al mismo tiempo subraya que ha sido el proceso de reflexión colectiva dialógica una causa muy importante en su reestructuración.

Un dato emergente lo recogí en un código que denominé hermano residente y que no había reconocido, hasta que los profesores de la RMF me dijeron que notaban importante camaradería, ayuda mutua, entre los residentes sin distinción de jerárquica o generacional. Muestro una cita que aunque transcribí y leí repetidamente no había considerado como un código, un concepto importante para esta investigación:

R-69: La solidaridad, la tomé como en el grupo Balint, nosotros como colegas, como hermanos residentes y usted como nuestro profesor tenemos que formar esa solidaridad, ¿no? que cualquier sentimiento o pregunta o duda que nosotros platicamos... durante todo el curso en el grupo Balint, no lo tomamos mal, todo fue una enseñanza y todos lo tomamos como hermandad. 20:47 ¶ 23 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

Viéndolo retrospectivamente creo que es una muestra de reestructuración afectivo-cognitiva relacionada con el ambiente de libertad de expresión y respeto mutuos mantenidos en el GTB.

En la siguiente viñeta muestro lo que considero una reestructuración que tiene alta relevancia clínica, se trata de la generación de habilidades para detectar señales, pistas sutiles durante la consulta en marcos de tiempo reducido, un descubrimiento con altas potencialidades

para la actividad clínica de cualquier especialidad, además, envuelve un nuevo significado de “medicina familiar”.

R-69: ...lo que me ha enseñado estos últimos meses... es ... hacer introspección, reflexión, empatía, buscar pistas en el paciente, ver cómo el paciente llega y cómo sale. Eso... marca una gran diferencia durante la consulta... tenemos 20 minutos, hay que aprovecharlos al máximo para darle el mayor beneficio al paciente. Creo que la primera parte de McWhinney de su libro y la ecuanimidad compasiva, es lo que más me ha ayudado a entender la medicina familiar. 9:8 ¶ 16, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

Una nueva medicina familiar

La “restimación de la medicina familiar” y la “nueva medicina familiar” son un continuum con una amplia zona de indefinición como se ve en las siguientes citas, por eso decidí fusionarlas en una sola subcategoría “una nueva medicina familiar”.

R-69 ... el caso clínico, es otra cosa que no habíamos visto, fue muy bonito, porque siempre era de que te llega un paciente, el motivo de consulta, evolución, blablablá, pero no vemos porque siente el paciente eso... y conforme vamos viendo en medicina familiar en ese nuevo enfoque pues vemos su entorno de todo lo que lleva el paciente...estamos viendo como un médico familiar pudo conformar un diagnóstico, un tratamiento y darlo efectivamente...[no sólo] para el paciente, sino también para que el familiar sienta un poco de alivio. ... la medicina familiar es todo un conjunto, todo un panorama completo, no solo tenemos al paciente, sino la familia... con ese caso que presentó este médico, lo vemos. 20:16 ¶ 15, Cita en Entrevista-R-69-final-17-Dic-21.docx

La aportación de R-69 es clara, primero reconoce que el caso real centrado en el paciente no le fue enseñado antes y expresa con precisión que esto le permite ver que la familia del paciente es incluida en el enfoque; hay también un sentido de contento al saber que un médico familiar pudo

hacer que los familiares aliviaran su pena, sin descuidar el lado biomédico del caso. En el mismo sentido, R-38 en la siguiente viñeta resume que el médico ve la enfermedad, la autonomía del paciente, el sentir de los familiares, *todos los aspectos*.

R-38: En este caso clínico de Edgar ... vemos la diferencia de una historia clínica diferente a la común ... aquí el médico se centra en el paciente en su sentir durante el desarrollo de su enfermedad, en este caso, un “linfoma de Burkitt”; en su autonomía, en el sentir de los familiares, el médico se interesa en todos los aspectos”. 5:1 ¶ 6, Cita en Escrito-Caso-Edgard-27-oct.docx

La entrevista con R-69 a los 22 meses del curso me da pie para confirmar la consolidación de sus procesos de reestructuración afectivo-cognitiva y la restimación de la medicina familiar que abre la perspectiva de una nueva medicina familiar. Idea que se confirma literalmente en la siguiente viñeta:

R-69: Es un curso muy bonito... aprendimos una medicina familiar completamente nueva, porque lo que dicen otros libros... es lo de ayer ...muy anticuado [risitas], ¡ya no nos sirve! hoy tenemos nuevas generaciones más abiertas ... se necesita este tipo de medicina familiar, la verdad. 20:21 ¶ 19, Cita en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

La idea de una nueva medicina familiar a partir de una reestimación de la actual dominante, probablemente se entiende mejor cuando vemos una reflexión acerca de cómo llegaron los residentes a este curso:

R-69: ...cuando llegamos no sabíamos bien qué era la medicina familiar. Yo tenía la noción de que era como educación para la familia, meramente prevención y ya... nunca pensé que iba a llegar tan profundo como los sentimientos... 9:6 ¶ 15, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

Ahora bien, de acuerdo con los propios participantes, la idea de una nueva medicina familiar no alcanza el mismo grado de maduración entre las dos generaciones de residentes que han llevado el curso, según lo ven ellos mismos:

E: ...me llama la atención que usaste las palabras "ya sabemos" ¿Tú crees que el resto de tus compañeros tengan una idea muy parecida a la tuya? ¿Tu como ves tus semejanzas, tus diferencias con ellos? R-69: Quizá con mis compañeros R2, si tengamos más o menos la misma idea... mis compañeros R1 como que todavía siguen averiguando que es realmente la medicina familiar, porque uno de mis compañeros tenía como una galaxia [en su dibujo], como que todavía se sentía algo perdido, abrumado, con muchas ideas de lo que es medicina familiar, todavía como que no concretaba. 59:4 ¶ 7–8 en R69-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

Otra residente, por separado, en su entrevista final a los 22 meses del curso coincide con la apreciación vertida en la viñeta previa:

E: “¿Tú crees que hay alguna diferencia entre la primera y segunda generación a este momento? R-37: [tarda algo en responder] ... tal vez un poquito. Creo que en ambas partes hay unos que, si suelen conocerse más y hay otros al que les cuesta más hacer esa introspección y realmente actuar empática y objetivamente con sus pacientes. Creo que ambos tenemos nuestras dificultades... yo siento que la primera generación está un poquito más abierta o avanzada en la comprensión de que es la ecuanimidad compasiva. ...que es tener la empatía y no enfrascarte con tu paciente... creo que todavía les falta trabajarlo. ...les cuestan algunos detalles, o cuando hacen algún comentario a algún paciente, todavía... suelen afectarse mucho por ellos.” 63:9 ¶ 9–10 en R37-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

La cita previa deja entrever que hay interacciones entre los residentes en el contexto de la práctica clínica, lo que viene a reforzar la idea de que la reflexión conjunta ha jugado un importante papel en el aprendizaje.

En la última entrevista, a los 22 meses del curso, R-38 reiteró su cambio de punto de vista hacia una nueva medicina familiar *que rompe el paradigma del modelo actual* que consideró insuficiente. Esto lo expresó comentando el último dibujo que hizo:

R-38: ...mi dibujo ... significa un médico, graduado porque ya tiene nuevos conocimientos en base a una nueva medicina familiar. ...puse una burbuja de todos los conocimientos que se lleva ese médico graduado como: Conocer los Grupos Balint que conllevan... un caso clínico y siempre tiene que haber un paciente pista y pues siempre indicar lo que es la ecuanimidad compasiva, siempre tener en cuenta eso. Y pues, los médicos familiares rompiendo paradigmas, o sea rompiendo el clásico médico familiar y transformado en un nuevo médico familiar con ese método. 57:1 ¶ 4 en R38-Entrevista final-30-nov 2022.docx

Percibo que R-38 ha construido una idea personal de una nueva medicina familiar, a partir de los conocimientos que ahora tiene y que el proceso en los Grupos Tipo Balint tuvieron influencia relevante, dado que el los aprecia sin mediar una pregunta expresa. Esto constituye una prueba de la relevancia que ha tenido la reflexión individual y dialógica grupal en el proceso de aprendizaje de este proyecto. También creo que su mención de la ecuanimidad compasiva significa que ha incorporado el término a su lenguaje, que la tiene en alta estima y que la asocia al *rompimiento* con el modelo educativo dominante en México en la formación del médico familiar. Esto se puede observar en las conversaciones que tiene con otros residentes que han seguido en el modelo tradicional de formación:

R-38: ... le he agarrado sabor a esta forma de aprendizaje, porque uno ve otros...médicos familiares, porque tengo amigos familiares... trabajando como médicos familiares, amigos residentes y con las perspectivas que hemos dado... “Oye yo estoy viendo esto, ¿tú qué viste?”, ellos, algunos conceptos... no los ven como nosotros de profundo, o no los conocen. Entonces ... me siento muy afortunado de poder ... entrar a esta experiencia y comprender más... un conjunto de lo que es la medicina familiar, con todo y el paciente” ... 7:10 ¶ 26, Cita en entrevista-R38-5-NOV-21.docx

Agarrar sabor, es una expresión inequívoca en la cultura mexicana de que el referente ha gustado en grado importante; y como se deduce de las citas anotadas, hay una comparación con personajes cercanos, algunos ya en la práctica en el sistema de salud. La comparación del proceso que ha vivido M-38 es favorable y expresa su contento al sentirse afortunado de participar en esta experiencia de enseñanza-aprendizaje. Un claro cambio de actitud -una reestructuración afectivo-cognitiva- atribuible a una reestructuración de su conocimiento, o dicho en los términos de los residentes “un cambio de chip”.

Para explicar su restimación de la medicina familiar R-69, usa una metáfora ilustrativa de un árbol-conocimiento y señala que ya recoge frutos. Más adelante, confirma sus significados iniciales y los concreta como avances en la capacidad de comunicarse con sus pacientes. Esto lo describe como un *caminito* que es recorrido por *ambos*, médico y paciente que usan el *caminito* para ir hacia *mejores resultados*.

R-69: En el primer año hice mi árbol porque eran como las bases, las ramas, lo que estaba aprendiendo de lo que es medicina familiar, como que sembramos unas semillitas el primero de marzo [de 2021] y ya que pasó el año... vamos, pues vamos encontrado lo que realmente es la medicina familiar... de las ideas que estamos encontrando y ahora comparando este año ya sabemos lo que es la

medicina familiar ya sabemos lo que es el método centrado en el paciente, la persona; entonces ya podemos encaminar a nuestros pacientes a que se sientan mejor en todos los aspectos, agarramos esos frutos, agarramos ese árbol y ahora hicimos un caminito para que ¡ambos! podamos caminar por ese mismo caminito y dar mejores resultados 59:3 ¶ 6 en R69-entrevista final 7 de diciembre 2022.docx

La comunicación dialógica con internos de pregrado [médicos en formación en el quinto año de la carrera] durante el trabajo en clínicas y hospitales es una oportunidad que toman los participantes del estudio para reivindicar los nuevos conocimientos y valores aprendidos en el curso:

R-69 ... yo les pregunto, o ellos me dicen: “¿Qué piensas de meterme a gine [ginecología y obstetricia]?”, o “¿Qué piensas de meterme a cirugía?”, orto [ortopedia y traumatología] o lo que sea. Y les digo: “Pues está bien, lo que a ti te gusta es... lo que más vas a sobresalir”. Les platico lo que yo he aprendido [en la residencia de medicina familiar] y también como que les da otro aporte a lo que pueden hacer con su carrera. 9:12 ¶ 22, Cita en entrevista-69-28-OCT-21.docx

R-69 reestima la medicina familiar que está aprendiendo y la pone al mismo nivel de otras especialidades médicas. Por ende, la ve merecedora de ser elegida en igualdad de condiciones como futuro profesional.

Conocimiento y valoración del MCCP

La valoración del MCCP es uno de los datos más claros que se generaron en esta investigación educativa, este método de comunicación clínica recibió alta valoración desde etapas tempranas del curso. Dicha valoración puede también ser vista como una reestructuración de aprendizajes previos.

R-69: El método centrado en el paciente ... fue muy llamativo, porque vimos la medicina desde otro punto. ¡Más bonita!... lo vimos centrado en el paciente... su padecimiento, su enfermedad... lo vimos detallado y nos abrió los ojos a lo que es otra medicina ¡la verdad! Porque antes era que signos y síntomas, exploración física, laboratorio y gabinete y blablablá... muy, muy impersonal ... tiene más herramientas para ayudar a ese paciente. 20:50 ¶ 15 en Entrevista-R69-final-17-Dic-21.docx

La distinción entre enfermedad y experiencia de padecerla es un conocimiento de alta relevancia para la medicina familiar académica, por lo que es un principio que está profundamente contenido en el MCCP, R-54 lo valora en alto grado y lo mismo hace con el contexto:

R-54 ¿Qué elementos son para mí los más importantes? Bueno, a mí me gustó mucho lo de los componentes [del MCCP], el grado de involucramiento y de relación terapéutica que puedes llegar a tener con un paciente. Yo no había pensado en el padecimiento y en la enfermedad en lo que llevo estudiando medicina en la carrera; sin embargo, es un tema muy importante porque si no conocemos el contexto de la persona, difícilmente vas a entender su padecimiento 42:1 ¶ 8 en R54 Entrevista intermedia-2022-14-sep.docx

El curso me dio la oportunidad de tener algunos datos que ligan de manera convincente el conocimiento adquirido puesto en práctica real. Cito un ejemplo de un relato donde una residente aplica con destreza el MCCP en un caso que describe y que su médico de base obstruyó de varias maneras. La residente atendió muy bien el lado biológico y el psicosocial del paciente, hizo un diagnóstico de la enfermedad y de la persona; la mejor valoración del MCCP que yo podría esperar es ver su puesta en acción con efectividad:

R-69 ¡sí! tiene un cuadro gripal obviamente, pero esto es nada más una parte de su padecer, lo que está exacerbando su cuadro gripal es ¡la angustia que ella tiene de su familia! [dicho con notorio énfasis]. Estaba oxigenando súper bien

94%, no había asfixia o algo por el estilo. Simplemente por la pura gripa y porque ya era mayor de 60 años no le podías dar ni licencia ni, o nada por el estilo, “¡váyase a urgencias! para que le hagan su prueba de COVID o de influenza, por el momento aquí está el salbutamol [una receta con ese medicamento] que le vaya bien.” Y yo me quedé... [expresión de impotencia, sorpresa, inconformidad con el rostro y las manos]. 54:1 ¶ 3 en Balint-16-08-nov-2022.docx

R-69, había descubierto con oportunidad que la paciente estaba pasando por una gran crisis familiar derivada de la muerte accidental y súbita de una sobrina suya que había dejado huérfanos cinco hijos menores de diez años, es situación estaba en la base del cuadro clínico respiratorio. La valoración biopsicosocial de R-69 era precisa, objetiva y subjetiva, pero su médico de base le impidió iniciar el tratamiento y hacer el seguimiento de la paciente.

Una reestructuración cognitiva y simultáneamente valoración del MCCP *desde cero* es la que hace R-54 en las siguientes viñetas, primero el desconocimiento total del MCCP y después sus descubrimientos:

R-54: Tanto la residencia cómo el método, ni siquiera sabía que era el método clínico centrado en el paciente, ni siquiera sabía que íbamos a tener esa materia, porque nada más decía "medicina familiar". Y entonces yo llegué con cara de what a la residencia. No tenía idea; por eso dibujé el emoji, ese del monito de bueno ¿qué va a pasar?

R-54: Para mí lo más importante fue poder cuantificar los componentes [del MCCP] porque no tenía idea de que tanto te puedes involucrar en una consulta, o que tanto te puedes involucrar con un paciente. El hecho de conocer los componentes y saber que las experiencias del médico cuentan, que las experiencias del paciente cuentan, que hay que encontrar un puente común y

trascender esa consulta de lo personal a lo psicológico y mental y esa alianza terapéutica que logra es lo más importante. Lo que más se me graba. La verdad es que son muchas cosas, pero esa específicamente lo de los componentes se me hace muy padre [digno de encomio, estimulante]. 61:10 ¶ 12 en R54-Entrevista final-30-nov-2022.docx

Estas dos últimas viñetas me permiten inferir que los significados del proceso de enseñanza aprendizaje que este proyecto asumió, pueden ser separados en subcategorías con fines analíticos; pero, que en la realidad que vivieron los residentes, la reestructuración cognitivo afectiva es simultánea a la reestimación de la especialidad de medicina familiar que conduce hacia la idea de una nueva medicina familiar – diferente al modelo dominante de educación y práctica- donde el conocimiento y dominio práctico del MCCP más la comprensión de la ecuanimidad compasiva, constituyen las características principales de esta *nueva medicina familiar mexicana*

Anexo 6. Dibujos de los participantes al principio y al final del curso

En la Figuras 18, 19, 20, 21 y 22 se muestran juntos los dibujos inicial y final de cada uno de los cinco participantes del estudio. Se eliminó la clave identificadora para proteger el anonimato de los residentes, no hay un orden predeterminado. En el texto se describen como Serie A, B, C, D, E respectivamente. Los dibujos están dispuestos de forma horizontal y el autor es el mismo participante. A la izquierda el dibujo de la primera fase y a la derecha el segundo cuando el curso había concluido. Los dibujos fueron usados para iniciar las conversaciones de las entrevistas individuales. Por ejemplo, se dijo: “Veo en tu dibujo un árbol con una serie de nombres en el follaje o las ramas y la palabra Fe en el centro... ¿Podrías decirme que quiere decir eso y el resto de tu

Figura 18. Dibujos de la serie A.



Nota. Serie A.

Se muestra una historia de búsqueda de alternativas, caminos con disyuntivas relacionados con ser afectuosa o distante con sus pacientes, reflexiones sobre sus “máscaras” ante situaciones distintas y como fue alcanzando un sentido de equilibrio, de paz espiritual. En el segundo dibujo se aprecia como una persona optimista, más segura de cómo ejercer la medicina guiada por actitudes compasivas, comprensivas, con empatía y amor.

dibujo? En la entrevista individual final se preguntó al participante acerca de las diferencias y semejanzas entre el primer y segundo dibujos. Así fluyeron las conversaciones.

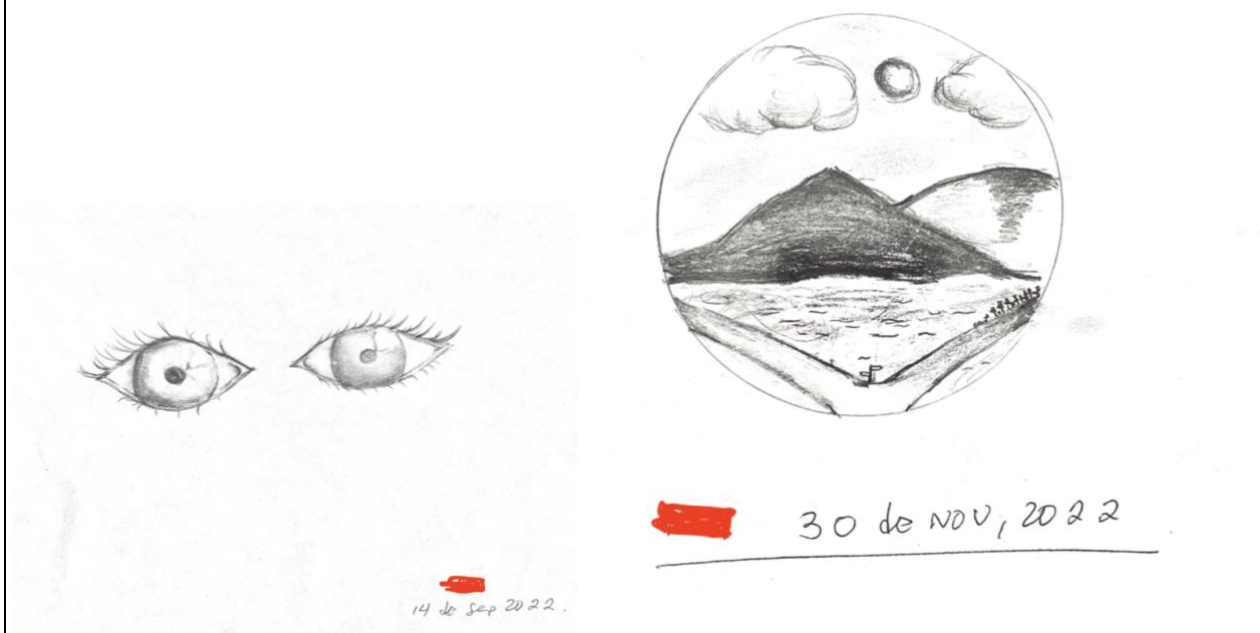
Figura 19. Dibujos de la serie B.



Nota. Serie B.

En el primer dibujo se conceptualiza a la medicina familiar como Atención Primaria en el sentido biológico, detección temprana, prevención de infecciones y otras semejantes. En el curso se avanza a concebir a la medicina familiar como un árbol con un gran tronco que sostienen un entramado complejo de empatía, solidaridad, introspección, compasión, respeto, confianza con un centro sostenido por la Fe. En el dibujo final se ilustra como el método clínico centrado en la persona del paciente permite abordar sentimientos, ideas, funcionalidad y expectativas que facilitan una alianza terapéutica entre médico y paciente, que potencia la terapia farmacológica o de cualquiera otro tipo.

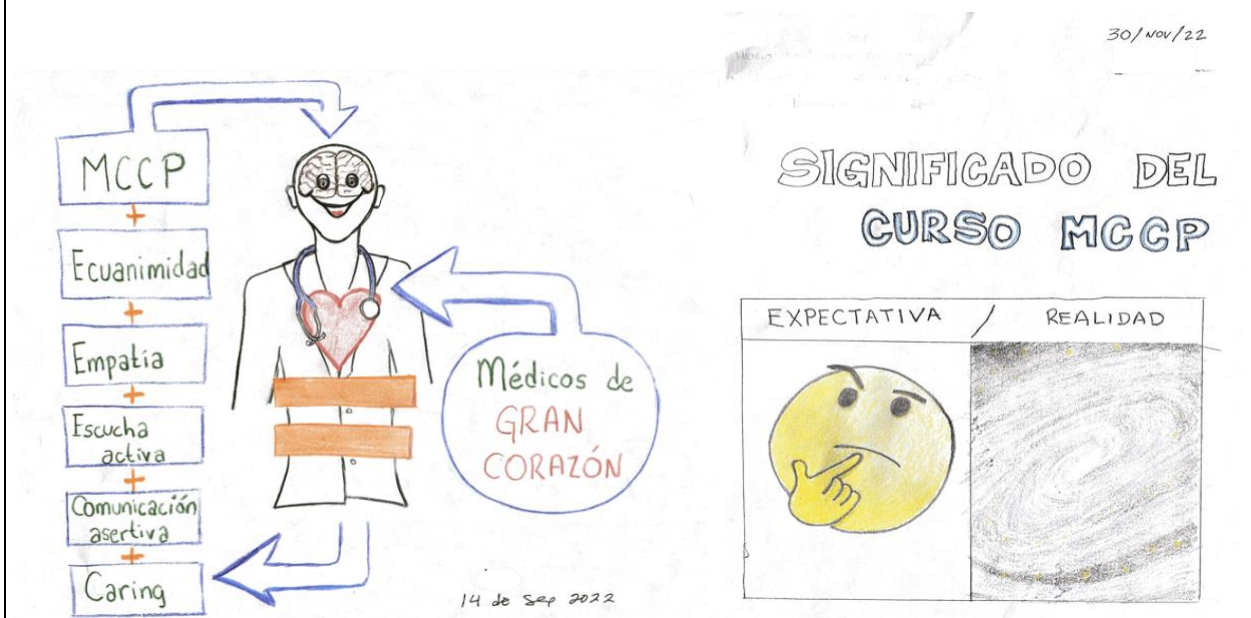
Figura 20. Dibujos de la serie C.



Nota. Serie C

Estos dibujos destacan el poder de la mirada, de la atención plena en la relación médico-paciente, “los ojos el espejo del alma” que permiten advertir los estados afectivos de los pacientes que consultan. En el dibujo final se ilustra el paisaje de un largo camino hacia las montañas. El camino de la izquierda es el tradicional que toma el médico solitario que no participa en Grupos Balint; por esta vía el médico comete errores, pero frecuentemente no los advierte y al desconocerlos los repite a lo largo de su vida. El camino a la derecha es más lento, requiere la reflexión conjunta, respetuosa, confidencial. Como resultado, el médico es capaz de ir apreciando el paisaje del camino, como se ilustra con pequeños arbolitos en el sendero.

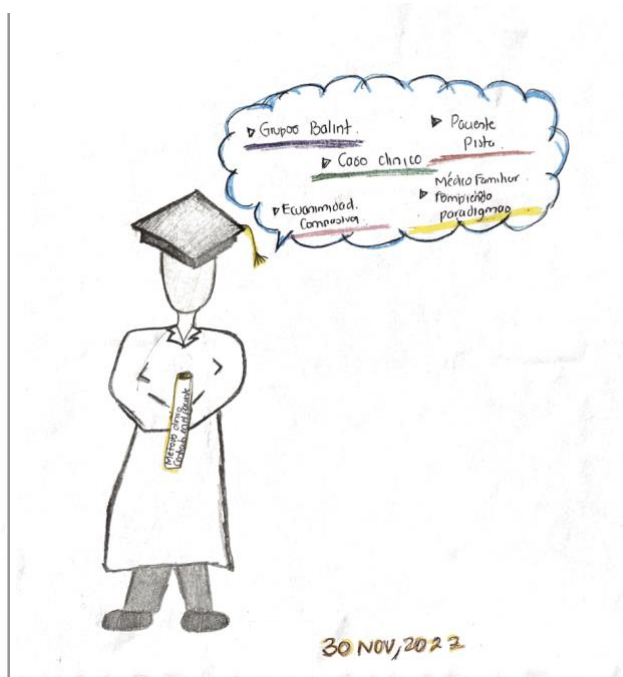
Figura 21. Dibujos de la serie D.



Nota. Serie D

Parece mostrar una evolución a la inversa de las antes descritas. El primer dibujo muestra que “los médicos de gran corazón” se constituyen del conocimiento del MCCP, una actitud ecuaníme, empática, la *escucha activa* (que no equivale a escucha plena), *comunicación asertiva* (no se equipara al concepto caring). Da la impresión de una comprensión básicamente cognitiva, una mixtura de conceptos ajenos a los mostrados en el curso donde el principio para comunicarse con el otro es la ecuanimidad compasiva guiada por autoconocimiento. El dibujo final parece concordar con la interpretación previa, aun después de las sesiones tipo Balint, se siente en medio de una constelación inmensa y confusa.

gFigura 22. Dibujos de la serie E.



Nota. Serie E.

Los dibujos están estrechamente ligados. Al principio este residente se sentía abrumado con los contenidos teóricos del curso, pero esto cambió radicalmente cuando participó en las sesiones tipo Balint, pudo expresar emociones y sentimientos guardados que le estaban lastimando, al final se auto percibe como un graduado y satisfecho de conocer los Grupos Balint, un tipo diferente de casos clínicos, la idea de la ecuanimidad compasiva, sabe que detrás de cada paciente hay un mundo importante que podría averiguar poco a poco y se percibe como un médico familiar de nuevo tipo que rompe paradigmas que ya no funcionan.

Anexo 7. Notas de campo y códigos del investigador

21 de diciembre, 2021. Me interesa aquí explorar cierta relación que veo entre los aprendizajes finales del concepto ecuanimidad compasiva y la descripción que hicieron los residentes de los rasgos familiares que perciben en su personalidad. Estos datos están contenidos en el documento de tareas iniciales en marzo y abril, una de ellas fue ¿Que de mi familia está presente en mí? ¿Otro fue cómo llegué a esta residencia de medicina familiar? Documentos no digitalizados al momento, algunos están manuscritos. Está ligado con los códigos R-38, R-37, R-69 y los códigos investigador.

R-38 describe a su familia de origen como fría; mostraba notoria resistencia a los contenidos del curso (lo hizo explícito en su entrevista final), no incluye explícitamente la compasión como compartir el sufrimiento del paciente, sino como escucha plena, sin embargo, afirma que aprendió muchísimo y que los demás (su familia y amigos) lo han visto crecer. Considera que el aplica la ecuanimidad compasiva con su familia. Hoy, para R-38 el curso es una totalidad que se integra en sus cinco componentes y vale la pena que siga dándose. Creo que R-38 necesita desarrollar el lado compasivo de la ecuanimidad compasiva.

Escrito viernes 11 marzo, 2022. 11:39 horas.

Motivada por reunión con el grupo de los nuevos residentes 1, R-73, R-82, R-54.

Me salta a la mente al día siguiente que cuando les pido que describan como llegaron aquí (a la sede de la RMF) después de que me presento compartiendo mi camino propio hasta aquí incluyendo elementos de mi vida familiar, personal; encuentro que se necesita ser explícito de que todos los caminos son legítimos y que no es necesario haber pensado desde el pregrado que les gustaría hacer MF.

Eso abre la expresión y aprendo y recuerdo la tremenda presión que se siente ante la incertidumbre que incluye ser rechazado para hacer una residencia médica. Una situación cercana a la vida/muerte, la frustración extrema, miedo y depresión.

Los relatos fueron muy ilustradores, 3 personas muy diversas en edad y trayectorias. Las tareas que entregarán por escrito podrán ser comparadas para similitudes y diferencias con los primero R (1, 2, 3). Percibo que hay patrón, la mayoría no quería hacer medicina familiar; creo que pediatría y medicina interna son las más cercanas.

R-82 platicó el caso de una amiga que casi se suicida al no ser aceptada a la residencia que aspiraba.

Me pregunto ¿La trayectoria previa a la llegada a la RMF puede ser factor en el aprendizaje de la EC?

R-37 proviene de una familia empática, definió desde el principio a la ecuanimidad compasiva en sus elementos principales, destacó el autoconocimiento como central en el proceso y lo confirmó al final cuando describió su dibujo. También cree que le ha ayudado el curso a conocer a sus bebés y en especial ha crecido su nivel de certidumbre con la elección de ser médico familiar humanista. Reconoce que entiende más sus fortalezas y debilidades y se trata con compasión en un proceso de mejora manera permanente. Cree que otros pueden aprender lo que ella ha aprendido y que es más fácil cuando se ha crecido en una familia donde se cultiva la empatía. R-37 parece haber desarrollado una idea integrada y práctica de la ecuanimidad compasiva.

R-69 Proviene de una familia que ha pasado por grandes esfuerzos, incluyendo la migración, ha tenido que luchar en contextos culturales diferentes, valora altamente la resistencia y persistencia en el trabajo, proviene de un ambiente donde más que expresión empática hay compromiso expresado en apoyos concretos. Es una líder que cambió la idea de ser pediatra por la de hacer prevención de problemas de salud. Entró a la residencia pensando en una medicina familiar equivalente a atención primaria y se ha entusiasmado con la nueva visión que ha visto. Vislumbra una “nueva medicina familiar” y promueve activamente el enfoque que ha aprendido. Creo que requiere equilibrar su sentido compasivo e integrarlo a un mayor contenido ecuánime; lo que pudiera lograrse en el trabajo continuado dentro de los grupos tipo Balint.

Viernes 22 de abril de 2022.

Nota metodológica surgida el miércoles 20 de abril al decidir grabar los descubrimientos de los R1 de la segunda generación

Debido a una falla mía en el uso de la grabadora no pude grabar la sesión de “mi familia en mi” el 13 de abril. Y dado el entusiasmo de R-54, R-82 y R-73 por dejar testimonio decidí grabar las sesiones donde ellos exponen sus descubrimiento de la lectura del capítulo del libro de McWhinney de cada semana.

La experiencia resultó de gran valor, las aportaciones fueron amplias, en un ambiente de gran confianza y con notorio gusto por participar.

Una vez realizada la transcripción y compartida con mis tutores, coincidimos que la grabación de estas sesiones es medio más eficaz para reunir datos de calidad comparado con las aportaciones escritas. Así seguiremos.

Subo en este momento el documento transcrito a este sistema de análisis. Los documentos de la nueva generación serán identificados como R1-2a-G.

Cambio en el programa para los R1-2a-G

Consideré que para evitar exceso de exposición al video de “Ecuanimidad compasiva” de Barbarroja de Kurosawa, sería relevante mostrar el video inédito de los estudiantes de medicina expuestos a pacientes reales que narran sus experiencias en su relación médico-paciente. Es una manera de evaluar cómo ven médicos con cierta experiencia clínica el episodio que vivieron estudiantes voluntarios del pregrado. tengo esa inquietud. El foro será grabado y transcrito, el programa ha sido enviado a los estudiantes y profesores del curso. mis tutores no están informados porque fueron muchos los puntos tratados hoy y lo olvidé.

Nota post asesoría de hoy es 28 de abril y tendré asesoría mañana 29. La nota es una reflexión de la tutoría # 48 del viernes 22 de abril, 2022.

1a parte:

Coincidencias sobre lo ocurrido en la sesión TB # 7, del 6 de abril, 2022

Mis tutores y yo coincidimos en que esta sesión mostró que los residentes asumieron que la enfermedad de la señora CM rebasó las dimensiones biomédica (física) y psicológica para ubicarse en un nivel trascendental, espiritual y que los recursos desplegados hasta hoy incluyendo la escucha empática y ecuánime no eran suficientes. En esta sesión no aparecieron términos médicos.

Toño interpreta teóricamente que existió un entretrejimiento de la perezhivanie de R-69 y de la señora CM. R-69, reitera “estoy atorada en este caso, no sé qué hacer”. La relación m-p ya no se puede reducir al nivel biomédico exclusivamente. R-37, parece percibir que un camino puede ser llegar a acuerdos mutuos con la paciente. Para mí es patente que estamos presenciando un intento por establecer un diálogo intercultural entre dos visiones del mundo. El que R-69 considera científico, que deja fuera la intervención de la divinidad como ente castigadora y el opuesto de la señora MC que estaba esperando un castigo que podía tomar la forma de enfermedad, o desgracias en su círculo de seres queridos.

Parte 2:

Creo que una coincidencia afortunada del trabajo con los R1 de la 2a generación, con los que analizamos el tema de “Enfermedad, padecimiento y sanación” me proporciona pistas conectadas con la evolución del aprendizaje del grupo de la 1a generación. Decidí grabarlos en

lugar de dejarles tarea escrita acerca de “Lo que descubrí de la lectura...” . Lo que se logró fue un material mucho más rico que en la 1a generación.

Tere, destaca que aparecen por primera vez los riesgos de la empatía clínica. Hace una mención de la culpa, en San Agustín, que lo considera un elemento de autocontrol. Y reflexiona ¿Qué podría hacer un médico que desconoce la formación que estamos emprendiendo? La respuesta inmediata, a lo mejor, se alejaría rápidamente ante una tarea descomunal, abrumadora y desconocida, o se podría involucrar de manera inopinada.

Lo que me parece firme es que los 3 R1 dan sólidos ejemplos de los riesgos de la empatía clínica cuando se resuena con las *emociones intensas* de los pacientes y se las comparte. Este elemento no había quedado tan claro en los trabajos de la 1a generación.

Parte 3:

La frontera entre las profesiones

Aquí Tere cuestiona si la MF hace psicoterapia o su papel es psicoterapéutico. ¿Cuál es el rol del MÉDICO FAMILIAR? Tere concluye que no le corresponde la psicoterapia.

Toño, considera que son muy borrosos los límites terapéuticos en medicina familiar. Aun cuando envías tu paciente con otro clínico no te desentiendes de él. Si como dice Toño y afirmamos todos los participantes en este estudio “cada paciente es único” , ¿No es lógico atribuir lo mismo a cada médico familiar?

Es decir, los alcances terapéuticos de cada médico familiar serían también únicos, en situaciones únicas. Toño considera que el tema de la frontera entre las fronteras disciplinares esperará para cuando se escriba el informe final. Estamos de acuerdo.

Por el momento, aclaro que el término psicoterapia, terapéutica psicológica, ha sido monopolizado por las áreas de la psicología y psiquiatría y que desde Balint, en medicina familiar sabemos que las formas y técnicas de psicoterapia (psicoanálisis en sus muchas formas, terapias conductuales, cognitivas, combinadas, Gestalt, existencial etc.) son diseñadas y puestas en práctica en ambientes y circunstancias específicas diferentes a las tareas y contextos de la medicina familiar.

No intentamos copiar, o poner en práctica esos principios en nuestro ámbito. Justamente, es la ecuanimidad compasiva nuestra alternativa, acompañar a los pacientes y sus familias en los complejos espacios de vida en que coincidimos con ellos, acompañándolos, compartiendo su sufrimiento de manera voluntaria siempre asociado con una mente ecuánime y compartiendo nuestros casos que nos mueven *emociones intensas* en grupos tipo Balint a lo largo de nuestra vida profesional. Esa y no otra es la propuesta de este proyecto formativo.

Índice alfabético

A

Alivio paradójico. · 174
aparato de la racionalidad ·
44
apoyo social · 266, 267
Aristóteles · 83, 84, 88,
289, 299
autoconocimiento · 15, 23,
25, 26, 28, 78, 79, 80, 85,
89, 113, 119, 120, 122,
123, 145, 157, 161, 179,
185, 189, 194, 195, 198,
199, 200, 202, 204, 211,
212, 213, 248, 251, 256,
273, 285, 286, 313, 328,
353, 356
autopoiesis · 79

B

Balint · 25, 63, 73, 75, 144,
153
Baruch Spinoza · 84

beneficencia · 143
Berger y Luckmann · 102,
104
Bernheim · 56
Bichat · 35, 38, 46, 54
bonobos · 88
BRC1 · 38
Breuer · 53, 55, 56
Briquet · 52, 53

C

Cadena de frialdad · 157,
166
caring · 22, 88, 244, 256,
260, 262, 265, 267, 273,
289, 297, 313, 353
Carta de Ottawa · 45
Casos difíciles. · 180
centrarse en la persona ·
10, 161, 206, 214, 222
Centrarse en la persona ·
158, 213, 219

Ch

Charcot · 53, 54, 56, 60
Charmaz · 95, 133, 135
Charon · 24
Chomsky · 92, 103, 104,
105, 129, 292

C

Ciencia mente-cuerpo · 59
cinemeducation · 140
Cnidos · 54, 71
Cole · 90, 97, 100
compañía de inversión
mutua · 74
compasión · 23
compasión en medicina · 22
Complejidad del
aprendizaje · 157, 186
Complejidad del
aprendizaje de la
ecuanimidad compasiva
· 157, 186

comportamiento tóxico · 247
Compromiso claro. · 214
 Comte · 32, 34, 37, 43
configuración subjetiva · 15, 23, 78, 90, 96, 157, 199
construir confianza · 213, 249
Construir confianza · 215
 Cos · 71

D

Descartes · 32, 33
 Desconcierto · 175
detached concern · 18
 diabetes · 72
Diagnosticar a la persona · 218
 Dialogicidad diatópica · 158, 220
 dualismo · 32, 33, 82

E

ecuanimidad · 23
 ecuanimidad compasiva · 23, 26, 27, 28, 43, 50, 63, 68, 78, 88, 90, 96, 102,

104, 110, 140, 199, 252, 327
 efecto corruptor · 66
Einfühlung · 24
 El diagnóstico profundo · 74
 emoción · 18, 34, 43, 45, 82, 115
 emociones atrofiadas · 167
emociones intensas · 9, 20, 21, 118, 119, 161, 174, 175, 176, 178, 179, 180, 181, 182, 185, 204, 245, 247, 248, 261, 265, 285, 359, 360
 empatía afectiva · 22
 Empatía corporal · 158, 217
 empatía multidimensional · 249, 277
 encéfalo · 52, 55, 59
enfermedad espuria · 47
 Engel · 21, 32, 68, 71, 72
 epigenética. · 39
Escuchar plenamente · 192
 esquizofrenia · 72
estigma social de la medicina familiar mexicana · 232

F

falla básica · 74
 Fatiga emocional-física · 178
 fatiga por compasión · 22
fijación somática · 47
fluido magnético · 52
fluido universal · 52
 Freud · 53, 55, 56, 60
 Friedson · 67
 Función apostólica · 74

G

Galileo · 32
 genoma humano · 39
 González-Rey · 62, 93, 102
 Grupos Balint · 25

H

hermano residente · 211, 254
 hipnosis · 55, 56, 57
 Hipócrates · 35
 histeria · 51, 52, 53, 54, 55, 289, 291

I

ideas lineales · 50
Ignacio Chávez · 60
Interaccionismo simbólico
· 132
ira reprimida · 179

J

justicia · 43, 71, 144

K

Karmiloff-Smith · 109
Koch · 36, 37

L

La unidad de lo simbólico y
emocional · 63
lado objetivo · 35, 57
lado subjetivo · 50, 51, 60
Laennec · 35, 38
Lave y Wenger · 107
Lebenswelt · 105
lenguaje · 35, 59, 93, 95,
102, 103, 110, 133
Levinas · 68, 85, 86, 301
libertad clínica · 40
Liebeault · 56

Luis XVI · 52

M

magnetismo animal · 52
mal necesario · 168, 169,
283
marcadores somáticos · 44
MBE · 39
*medically unexplained
symptoms* · 46
medicina basada en
evidencia · 39
medicina basada en
narrativa · 24
medicina familiar
académica · 59, 63
medicina psicosomática ·
57, 58, 59
médico como medicamento
· 73, 75
médico-medicamento · 74
Mejía Arauz · 153
Mejía-Arauz · 108
Mesmer · 52
mesmerismo · 56
método clínico centrado en
el paciente · 22
Miedo · 176

Modelo corruptor · 157,
168

Modelos antiprofesionales ·
157, 164
muerte de pacientes · 25

N

Needleman · 60
neurosis · 52, 56, 58
Newton · 32
nueva medicina familiar ·
158, 222, 223, 224, 225,
226, 228, 230, 231, 239,
356

O

observador participante · 74
Organización Mundial de la
Salud · 45

P

paciencia · 216
papel negativo de los
tutores · 247
Pasteur · 36
Peabody · 70, 71
Perezhivanie · 95, 97
Polanyi · 64

profesionalismo médico ·
20, 70
programación biológica ·
51
psicoterapia · 56, 290, 359,
360

R

rabia · 37, 89, 91, 177, 247,
321
realismo ingenuo · 129
Reestructuración cognitiva
· 205
Reestructurar la enseñanza
· 234
reflexión individual y
dialógica grupal · 158,
161, 163, 185, 226
Resnick · 91, 98
respuesta al significado · 48
riesgo · 38, 47, 62, 64, 144

S

satisfacción compasiva ·
244, 271
sentido común · 75, 99
sentimientos · 22, 25, 33,
34, 42, 43, 44, 60, 70, 73,
92, 93, 104, 127, 144

Shweder · 109
significados del proceso ·
10, 161, 223, 230, 231
Significados del proceso ·
222
Significados del proceso de
enseñanza aprendizaje ·
158
síntomas sin explicación
médica · 46
sistema auto organizado ·
23
sociocultural · 45, 97, 109,
115
Soledad emocional · 179
somatización · 34, 46
subcultura médica · 9, 15,
28, 38, 105, 106, 111,
112, 161, 164, 165, 166,
168, 171, 172, 173, 181,
245, 246, 263, 264, 275,
283, 285
subjetividad · 18, 34, 40,
54, 62, 63, 68, 71, 91,
101, 102, 104, 109, 127,
135, 136
Subjetividad · 92
sufrimiento · 15, 18, 20, 22,
24, 39, 47, 62, 78

sufrimiento/fatiga por
compasión · 244
Suspende prejuicios · 216

T

teoría basal social · 265
teoría del apego · 267
teoría del principio de la
energía libre · 265, 266
teoría fundamentada
constructivista · 134
teoría fundamentada
objetivista · 134
Tonelli · 41

V

vacío epistémico · 41
Vedas hindúes · 35
Veresov · 90, 93, 95, 96
Vesalio · 32
Vygostky · 93, 97, 102

Z

Zeitgeist · 56
zona estable del sentido
subjetivo · 94

