



Universidad
de La Laguna

Escuela de Doctorado
y Estudios de Posgrado

TÍTULO DE LA TESIS DOCTORAL

"Impacto de la formación en medicina narrativa en medicina. Revisión sistemática de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia"

AUTOR/A

MARIA DOLORES

MARRERO

DIAZ

DIRECTOR/A

EMILIO JOSE

SANZ

ALVAREZ

CODIRECTOR/A

DEPARTAMENTO O INSTITUTO UNIVERSITARIO

FECHA DE LECTURA

28/07/17



ULL | Universidad
de La Laguna

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS

Departamento de Medicina Física y Farmacología

TESIS DOCTORAL

IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA EN MEDICINA. REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LA LITERATURA Y ESTUDIO DE INTERVENCIÓN EN MÉDICOS DE FAMILIA.

Autora: María Dolores Marrero Díaz

Director: Prof. Dr. Emilio José Sanz Álvarez
Codirectora: Dra. Vinita Mohandas Mahtani Chugani

La Laguna, 2017

D. EMILIO JOSÉ SANZ ÁLVAREZ, Catedrático de Universidad y Director del Departamento de Medicina Física y Farmacología de la Universidad de La Laguna,

CERTIFICA

Que Dña. María Dolores Marrero Díaz, ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado:

“Impacto de la formación en medicina narrativa en medicina. Revisión sistemática de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia.”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al título de Doctor.

Y para que así conste, se expide el presente certificado

La Laguna, 14 de junio de 2017.

Fdo. Prof. Dr. Emilio José Sanz Álvarez

DÑA. VINITA MAHTANI CHUGANI, Doctora en Medicina, y Técnico de Investigación en la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife del Servicio Canario de Salud

CERTIFICA

Que Dña. María Dolores Marrero Díaz, ha realizado bajo mi dirección el trabajo titulado:

“Impacto de la formación en medicina narrativa en medicina. Revisión sistemática de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia.”

Dicho trabajo reúne las condiciones necesarias para optar al título de Doctor.

Y para que así conste, se expide el presente certificado

La Laguna, 14 de junio de 2017.

Fdo. Dra. Vinita Mahtani Chugani

AGRADECIMIENTOS

Cuando la vida avanza y ya no eres joven, la lista de personas a las que debes agradecimiento se hace larga y temes olvidar a alguno de ellos. Pido perdón si ese es el caso.

Gracias a mi marido, Pedro, por apoyarme y no dejar que me rindiera en los baches del camino. A él le ha tocado entretener a nuestra pequeña Sofía para evitar destrozos informáticos.

Gracias a mi familia, sin ellos no hubiera recorrido el largo camino que me ha llevado hasta aquí. Gracias a mi abuela, Neli, porque sus cuentos y poesías, leídas a lo largo de toda mi vida, me enseñaron a soñar. Gracias a mis padres, Antonio y Lilia, que, a pesar de las dificultades, apostaron y nos apoyaron en los estudios. A mis hermanas, Patricia y Nérida, no concibo mi historia de vida sin ellas. Y a Eduardo que, sin saberlo ni pretenderlo, ha sido mi ejemplo.

Gracias al Dr. Emilio Sanz y a la Dra. Vinita Mahtani, por atreverse a invitarme a iniciar este proyecto y creer que podía llegar a buen fin. Han sido mi guía en este proyecto y, llegado a su fin, son mucho más que mis directores de tesis. Gracias, en especial, a Vinita por su amistad, que vale más que cualquier título académico.

Gracias a Marisa y Elena por creer en mí y enseñarme a creer en mí y dejarme poner esto en marcha.

Gracias a Benigno León, Ángeles Jiménez, Ana Joyanes y Nieves Lorenzo, por participar altruistamente en este proyecto, a pesar de ser algo desconocido para ellos. Gracias a los médicos de familia de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife que aceptaron, sin contrapartidas, ser parte de la investigación. Gracias a Domingo, Maleni y todo el departamento de Formación de la Gerencia, que colaboraron para que todo funcionara correctamente.

Gracias a Armando, por sus consejos estadísticos.

En fin, gracias a todos los que se han cruzado en mi camino y que, incluso sin saberlo, han puesto su granito de arena para que yo llegara hasta aquí.

**Dedicado a quienes dominan mi corazón,
Pedro, Sofía y al nuevo ser que habita aún
dentro de mí.**

"No fracasé, sólo descubrí 999 maneras de cómo no hacer una bombilla."
Thomas Alva Edison

"Se hace camino al andar".
Antonio Machado

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1 RESUMEN/ABSTRACT	3
2 INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....	7
¿QUÉ ES Y DE DÓNDE PROCEDE LA MEDICINA NARRATIVA?	8
NARRATIVAS EN MEDICINA.....	8
Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz.....	11
John Launer	13
Lewis Mehl-Madrona	13
Rita Charon.....	14
DEFINICIÓN DE MEDICINA NARRATIVA.	14
LOS PRECURSORES: LITERATURA Y MEDICINA.....	16
HERRAMIENTAS DE LA MEDICINA NARRATIVA.....	18
Lectura atenta	18
Escritura reflexiva.....	19
Escritura creativa.....	20
Trabajo grupal	21
Parallel Chart.....	21
APLICACIÓN DE LA MEDICINA NARRATIVA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.	22
LOS LÍMITES DE LA NARRATIVA EN MEDICINA.	23
CONCLUSIÓN: EL MARCO DE LOCALIZACIÓN DE LA MEDICINA NARRATIVA.....	26
INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS.....	28
NECESIDAD DE INVESTIGAR SOBRE EDUCACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS	28
MEDICINA NARRATIVA Y EVIDENCIA DE USO EN EDUCACIÓN.	30
3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	33
4 REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LA LITERATURA: IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA A LO LARGO DE LA FORMACIÓN MÉDICA. SCOPING REVIEW ..	37
JUSTIFICACIÓN	37
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	37
MÉTODO DE REVISIÓN Y SÍNTESIS	38
MÉTODOS:.....	41
BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN	41
EXTRACCIÓN DE DATOS	41
CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	42
VALORACIÓN DE LA CALIDAD	43
MÉTODO DE SÍNTESIS DE RESULTADOS.....	43
RESULTADOS	43
ARTÍCULOS INCLUIDOS.....	45
CARACTERÍSTICAS DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS.....	47
ANÁLISIS TEMÁTICO DE ESTUDIOS CUALITATIVOS	52
DESCRIPCIÓN DE ESTUDIOS CUANTITATIVOS.....	64
DISCUSIÓN	69

5 ENSAYO DE CAMPO: IMPACTO DE LA FORMACIÓN ONLINE EN MEDICINA NARRATIVA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA	75
JUSTIFICACIÓN	75
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	77
MÉTODOS.....	77
DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN	77
MÉTODOS DE MEDIDA DEL IMPACTO	79
1. Escala de empatía de Jefferson.....	79
2. Cuestionario de Desgaste profesional médico	79
3. Cuestionario de relación médico-paciente	82
4. Solicitud de un texto	82
RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES.....	82
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	83
CONSIDERACIONES ÉTICAS	83
RESULTADOS	83
ANÁLISIS DE LOS TEXTOS ESCRITOS POR LOS PARTICIPANTES.....	90
DISCUSIÓN	93
6 CONCLUSIONES	97
7 BIBLIOGRAFÍA.....	101
BIBLIOGRAFÍA ANOTADA.....	101
BIBLIOGRAFÍA CITADA	101
8 ANEXOS.....	117
ANEXO I: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	117
ANEXO II: MAPA DE TEMAS	119
ANEXO III: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA	120
ANEXO IV: AUTORIZACIÓN POR LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE	121
ANEXO V: PROGRAMA DETALLADO DE LOS CURSOS	122
II. PLAN DOCENTE DEL CURSO: ENTREVISTA CLÍNICA	122
III. PLAN DOCENTE DEL CURSO: MEDICINA NARRATIVA: ESCRITURA REFLEXIVA.	131
IV. PLAN DOCENTE DEL CURSO: MEDICINA NARRATIVA-LITERATURA Y MEDICINA.....	139
ANEXO IV: ACREDITACIÓN DE LOS CURSOS	149
ANEXO V: CUESTIONARIO INICIAL.....	153
ANEXO VI: CUESTIONARIO FINAL	159
ANEXO VII: CUESTIONARIO PARA PACIENTES	168
ANEXO VIII: TEXTOS ENVIADOS POR LOS PARTICIPANTES Y EVALUADOS.	169
ANEXO IX: TABLAS.....	181

ÍNDICE DE TABLAS:

TABLA 1. PUBLICACIONES DE ORIGEN DE LOS ARTÍCULOS	48
TABLA 2. TIPO DE INVESTIGACIÓN USADA EN LA EVALUACIÓN.....	49
TABLA 3. TIPO DE ALUMNOS A LOS QUE SE DIRIGIÓ LA ACTIVIDAD	49
TABLA 4. NÚMERO DE PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES FORMATIVAS Y EN LAS EVALUACIONES DE LAS ACTIVIDADES	50
TABLA 5. TIPOS DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS INCLUIDAS EN CADA UNO DE LOS ARTÍCULOS	51
TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA	181
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y VALORES INICIALES POR CURSO ASIGNADO	182
TABLA 8. RESULTADOS FINALES, COMPARADOS SEGÚN CURSO Y POR INTENCIÓN DE TRATAR.....	184
TABLA 9. DIFERENCIA DE VALOR EN LAS VARIABLES MEDIDAS (FINAL-INICIAL)	186

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

GRÁFICO 1. NÚMERO DE ARTÍCULOS EN PUBMED BAJO LA BÚSQUEDA: "NARRATIVE MEDICINE" OR "NARRATIVE-BASED MEDICINE" OR "NARRATIVE BASED MEDICINE". BÚSQUEDA REALIZADA EL 18 DE MAYO DE 2017.....	37
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS POR AÑO DE PUBLICACIÓN.....	47
GRÁFICO 3. IDIOMA DE PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS.....	48
GRÁFICO 4. PAÍS EN EL QUE SE HA REALIZADO LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA	48
GRÁFICO 5. NÚMERO DE ARTÍCULOS QUE INCLUYEN CADA UNA DE LOS TIPOS DE ACTIVIDADES UTILIZADAS	51
GRÁFICO 6. PUNTUACIÓN MEDIA DE LOS COMPONENTES DEL DPM PREVIO A LOS CURSOS.....	88
GRÁFICO 7. PUNTUACIÓN MEDIA DE COMPONENTES DEL DPM POSTERIOR A LOS CURSOS	89
GRÁFICO 8. VARIACIÓN DE PUNTUACIÓN (POSTERIOR-ANTERIOR) PARA TODAS LAS DIMENSIONES Y COMPONENTES DEL CDPM	90

ÍNDICE DE FIGURAS:

FIGURA 1. TAXONOMÍA DE HOLMGREN ET AL (TRADUCIDO DE LITERATURE AND MEDICINA 2011 (FALL);29(2):246:273) ...	9
FIGURA 2. MARCO DE LOCALIZACIÓN DE LA MEDICINA NARRATIVA. *HERRAMIENTAS.....	26
FIGURA 3. LOCALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES AUTORES EN EL MARCO TEÓRICO.....	28
FIGURA 4. DIAGRAMA DE SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	45
FIGURA 5. PROCESO DE TRANSFORMACIÓN IMPULSADO POR LA FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA.	63
FIGURA 6. ESQUEMA DE DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	84

RESUMEN/ABSTRACT

1 RESUMEN/ABSTRACT

Justificación

La medicina narrativa, surgida en el mundo anglosajón, es una nueva forma de practicar la medicina y ha experimentado una amplia difusión, han aumentado los programas que la aplican y se ha extendido al resto del mundo. Como toda tecnología requiere de evidencias que apoyen su aplicación en sanidad y en educación sanitaria. En España su presencia es testimonial.

Objetivos:

- Explorar el estado actual de uso y resultados de las técnicas relacionadas con la medicina narrativa en la formación médica (pre-grado, postgrado y formación continuada de médicos) mediante una revisión sistematizada.
- Evaluar el impacto de una formación online en medicina narrativa de médicos de familia en ejercicio clínico en atención primaria

Metodología:

Se han realizados dos estudios:

1. Revisión sistematizada tipo *scoping review* de la evidencia publicada sobre el impacto de la formación en medicina narrativa en médicos en cualquier estadio de formación (estudiantes, residentes, médicos en activo).
2. Ensayo de campo aleatorizado controlado sobre el efecto de dos cursos diferentes basados en medicina narrativa, realizados online, en médicos de atención primaria.

Resultados:

El *scoping review* muestra que la investigación en medicina narrativa está circunscrita a unos entornos concretos (EEUU, universidad, estudiantes de medicina), es predominantemente cualitativa. Las intervenciones educativas son de diseño mixto, pero mayoritariamente incluyen trabajo grupal. La formación provoca un proceso de transformación personal que incide en la relación médico-paciente y en la identificación con el grupo de pares. La investigación cuantitativa no arroja resultados concluyentes sobre el impacto en empatía, burnout o conocimientos. Falta investigación sobre el impacto en los pacientes.

Un ensayo de formación online en medicina narrativa no consigue efectos significativos. La participación es baja y la tasa de abandonos muy elevada. Se observan algunos cambios en la forma de narrar episodios significativos para los participantes.

Conclusiones:

La formación en medicina narrativa genera un proceso de transformación personal y profesional en los participantes con potencial impacto en la mejora de la práctica clínica.

Es necesaria más investigación primaria en formación con medicina narrativa para conocer cuál es el impacto en los pacientes y en los participantes.

La metodología online no es suficiente para conseguir resultados significativos con la formación en medicina narrativa en médicos de familia de atención primaria.

Justification:

Narrative Medicine, which was born in English-spoken world, is a new way for practising medicine and has experienced a wide dissemination. The number of new programs that use it has risen and it has been extended to the rest of the world. As any technology, it requires evidence that support its use in healthcare and healthcare education. In Spain, its presence is limited.

Objectives:

1. To explore status of use and results of the techniques related to narrative medicine in medical education (pre-graduate, graduate, postgraduate and continuing medical education) by a systematize review.
2. To evaluate the impact of an online course in narrative medicine for primary care physicians.

Methodology:

Two studies have been made:

1. A scoping review of publish evidence about the impact of training in narrative medicine in doctors in any stage of professional life (medical students, interns, residents, doctors).
2. A randomized, controlled field trial about the impact of two different online courses based in narrative medicine, in primary care physicians.

Results:

Scoping review shows that the research in narrative medicine is in a few contexts (USA, university, medical students) and mainly qualitative. Educational interventions are mixed in design, but mainly they included a group activity. Training in narrative medicine produce a process of personal transformation that influence the patient-doctor relationship and the group identification. Quantitative research doesn't have conclusive results about the impact on empathy, burn-out or knowledge. There is a lack of research about the impact on patients.

An educational trial in narrative medicine doesn't obtain significant results. Participation is low and withdrawals are high. A few changes in the way participants narrate significant episodes have been observed.

Conclusion:

Narrative Medicine Education provokes in participants a personal and professional transformation process with a potential impact on improvement on clinical practice.

More research is needed in education in narrative medicine for knowing the impact in patients and participants.

Online methodology isn't enough for obtaining significant results in narrative medicine training in primary care physicians.

.

INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

2 INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

La consulta médica, especialmente la consulta médica en entornos de baja tecnología, como es la atención primaria, es un proceso que se construye casi exclusivamente a partir del lenguaje. El proceso diagnóstico inicial recae en la construcción de la historia clínica, que no es otra cosa que un relato estructurado que da sentido clínico al relato del paciente y que facilita el proceso mental del diagnóstico. Esta historia se construye a partir de la narración espontánea del paciente (más o menos rica en función de cada persona) y de las respuestas a las preguntas que el médico realiza para completar las lagunas en esa historia. Lagunas que siempre tienen que ver con el alcance del conocimiento del médico, con su capacidad para imaginar diagnósticos y con su perspicacia para detectar lagunas en el relato del paciente.

Pero el paciente no solo trae datos clínicos. Su historia es más compleja. Y su narración está modulada por su experiencia personal, sus contactos previos, su contexto sociocultural, etc. El médico se convierte, de este modo, en un oyente de un relato oral que debe descifrar para poder hacer bien su trabajo.

La tecnificación de la medicina ha ido minusvalorando el relato directo del paciente para terminar colocándolo en posición de sumisión respecto a los datos “objetivos” (pruebas de imagen, analíticas, exploraciones). Este proceso ha ido acompañado de la sensación general de deshumanización de la atención sanitaria y de una creciente insatisfacción profesional. La pérdida de la atención al individuo en tal que individuo único, con su historia concreta, en un proceso como el enfermar siempre acompañado de la incertidumbre del futuro.

En este contexto, en las últimas décadas se han desarrollado nuevos paradigmas de la atención médica. Fue en, primer lugar, la Medicina Basada en la Evidencia, que quiso poner el conocimiento científico en primera plana de la actuación clínica individual, sin olvidar que esta ciencia debe siempre ir acompañada de la valoración de los valores y preferencias del paciente. Casi a la vez, empieza el interés por aplicar a los cuidados sanitarios elementos procedentes de las Humanidades, las Ciencias Sociales y la Literatura, en la búsqueda de mecanismos para disminuir la queja cada vez más patente de la pérdida de humanidad en la atención sanitaria.

Uno de los desarrollos derivados de las Humanidades y Ciencias Sociales que se han producido en este siglo ha sido el de la medicina basada en narrativas o, simplemente, medicina narrativa. Este movimiento da importancia al texto (oral) que constituye el centro de la relación médico-paciente. Su introducción en el contexto de la educación médica y de la atención al paciente requieren de la evaluación de su capacidad para producir beneficios frente a los riesgos y costes que pueda generar. Esta evaluación debe realizarse con el mismo rigor que exigimos a cualquier otra tecnología

sanitaria^a. Según Roger Ruiz Moral, *la investigación en relación clínica no es diferente de la que se puede hacer en otros campos de la medicina clínica; sus claves son similares: observar, registrar, clasificar, analizar y verificar, es decir, aplicar el método científico*². Y, en resumen, la medicina narrativa tiene que ver con la relación clínica.

¿QUÉ ES Y DE DÓNDE PROCEDE LA MEDICINA NARRATIVA?

Para comprender el concepto que hay detrás del término “*medicina narrativa*” es imprescindible hacer un recorrido por los antecedentes y las corrientes predominantes. Este recorrido se inicia desde el denominado “giro narrativo” y continúa con el proceso de reconocimiento del papel de la narrativa en el contexto médico (y sanitario, en general) hasta el desarrollo de las principales teorías que pueden enmarcarse en el concepto de *medicina basada en narrativas*, concluyendo en la corriente de *medicina narrativa* propiamente dicha.

Narrativas en Medicina

Se denomina “giro narrativo” al proceso por el cual lo narrativo ha pasado a ocupar un lugar central en las ciencias sociales y en las humanidades. El giro narrativo³ tiene que ver con el desarrollo del constructivismo. Dos de sus autores principales son Jerome Bruner y Alasdair MacIntyre³. El punto focal de estos autores es el modo en que el yo se construye a partir de un proceso narrativo y cómo nuestra experiencia del mundo es una experiencia de creación de significados, mucho más que de hechos. El proceso de dar sentido al mundo se realiza mediante un fenómeno narrativo. Esto implica que, para comprender como investigadores lo que ocurre en el mundo y a las personas, es imprescindible recurrir al estudio de sus narrativas. De hecho, el giro narrativo se construye a partir de la investigación cualitativa⁴, que pone su foco en la interpretación y la construcción de significados, más que en los hechos en sí. Bruner, para Monteagudo, *pone el foco en la diferencia entre el pensamiento paradigmático (lógico-científico) y el pensamiento narrativo, interesado en las vicisitudes de las acciones humanas, basado en conocimiento común y en las historias, que tiene una estructura temporal y enfatiza la agencia de los actores sociales*⁴

Este giro narrativo ha ido empapando diferentes disciplinas y ha llegado hasta la medicina y otras áreas afines. El campo de la aplicación de la narrativa en medicina es muy amplio. Holmgren y cols. publicaron en 2011 en la revista *Literature and Medi-*

^a Se entiende como *tecnología sanitaria*: “cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, o mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo. En este contexto, el término “tecnología” no se refiere únicamente a nuevos medicamentos o a dispositivos sanitarios sofisticados, sino que incluye además intervenciones de salud pública, organización de la atención sanitaria, programas de cribado y servicios sanitarios o medidas que tengan un posible impacto sobre la salud de las poblaciones o de grupos concretos de personas”¹

cine una extensa revisión⁵ sobre cuáles son las aplicaciones prácticas de la narrativa en salud, con el fin de crear una taxonomía de términos narrativos que puedan aplicarse a la práctica médica. La taxonomía que proponen se puede ver en la Figura 1. Destaca la posición que dan a la medicina narrativa, como derivada de la teoría dentro del campo de la Literatura y Medicina, aunque algunas herramientas propias de la medicina narrativa (como el *parallel chart*, o el uso en contextos pedagógico) las incluyen en el concepto de *historias como praxis* y fuera de la rama de medicina narrativa, aunque como veremos más adelante, estos son precisamente los elementos prácticos que forman parte de la idea de la medicina narrativa. Sin embargo, en el texto, al analizar la posición de la narrativa como praxis, reconocen que la *meta de la medicina narrativa es devolver a los clínicos la habilidad y la sensibilidad hacia la tradición narrativa que subyace en todos los discursos humanos y las intersubjetividades*.

<ul style="list-style-type: none">1. Teoría<ul style="list-style-type: none">1.1. Historia de la narrativa en medicina1.2. Ficción y no ficción1.3. Historiografía1.4. Literatura y Medicina<ul style="list-style-type: none">1.4.1. Medicina Narrativa1.5. Estructura y lógica de la narrativa<ul style="list-style-type: none">1.5.1. Géneros de narrativas de enfermedad2. Investigación<ul style="list-style-type: none">2.1. Investigación con narrativa2.2. Investigación sobre narrativas/historias2.3. Investigación en el fenómeno narrativo3. Historias como discurso<ul style="list-style-type: none">3.1. Historias de pacientes<ul style="list-style-type: none">3.1.1. Sobre su propia enfermedad (auto-patografías)3.2. Historias de médicos<ul style="list-style-type: none">3.2.1. Sobre ser médicos3.2.2. Sobre la enfermedad (alo-patografías)3.2.3. Sobre su propia experiencia de enfermedad (auto-patografías)3.3. Historias de otros:<ul style="list-style-type: none">3.3.1. Sobre la medicina3.3.2. Incidentalmente sobre la medicina	<ul style="list-style-type: none">4. Historias como praxis<ul style="list-style-type: none">4.1. Contexto clínico<ul style="list-style-type: none">4.1.1. Narrativas derivadas del encuentro clínico<ul style="list-style-type: none">4.1.1.1. Historia clínica4.1.1.2. <u>Parallel Chart</u>4.1.1.3. Narrativa <u>co</u>-construida4.1.1.4. Presentación de casos4.1.1.5. Otras narrativas: informes de alta, estudio de casos, consultas.4.2. Contextos pedagógicos<ul style="list-style-type: none">4.2.1. Enseñar a estudiantes de medicina<ul style="list-style-type: none">4.2.1.1. Enseñar reflexión4.2.1.2. Enseñar profesionalismo4.2.1.3. Enseñar empatía4.2.1.4. Enseñar ética4.2.1.5. Enseñar <u>phronesis</u>4.2.2. Enseñar a médicos4.2.3. Enseñar a pacientes4.3. Ética narrativa
--	---

Figura 1. Taxonomía de Holmgren et al (traducido de *Literature and Medicina* 2011 (fall);29(2):246:273)

Dos autores fundamentales que han desarrollado la cuestión del papel de la narrativa en la enfermedad son Arthur Kleinman y Arthur Frank. Kleinman, psiquiatra y antropólogo, presenta en *The Illness Narratives* la idea de la enfermedad como una cuestión narrada. Distingue entre la enfermedad sentida (“*illness*”) y la enfermedad biológica o definida por la medicina (“*disease*”)^b. Habla por tanto de la enfermedad desde la perspectiva del paciente o desde la perspectiva del médico. La enfermedad sentida (*illness*) tiene significado en muchos sentidos diferentes:

[La persona con una enfermedad crónica y su círculo, especialmente,] crean el significado de la enfermedad crónica con el fin de transformar un acontecimiento salvaje y desordenado en una experiencia más o menos domesticada, mitologizada, controlada ritualmente y, por tanto, cultural. Es decir, los pacientes ordenan su experiencia de enfermedad como una narrativa personal. La narración de enfermedad es una historia que el paciente cuenta, sus otros significativos re-cuentan, para dar coherencia a los eventos diferenciales y el sufrimiento a largo plazo⁶.

Para Kleinman, la narración de la enfermedad contribuye a la construcción del significado de la enfermedad para el enfermo y, por tanto, si el médico no es capaz de interpretar esta narración estará perdiendo una parte importante de información⁶.

Por otro lado, Arthur Frank, sociólogo, ha estudiado los tipos de narración que se producen en el contexto de la enfermedad. Describió tres tipos de argumentos en la narración de la enfermedad. Estos argumentos no son excluyentes, sino que se superponen y se evoluciona de uno a otro. Los tres tipos son: *restablecimiento*, *caos* y *búsqueda*. La narrativa de *restablecimiento* tiene una línea común: “ayer estaba bien, hoy estoy enferma, mañana estaré bien”; la de *caos* es la contraria, su argumento no imagina que pueda mejorar, no hay expectativa; la de *búsqueda* acepta la enfermedad y busca cómo usarla en su beneficio, es un viaje de búsqueda⁷. Las personas enfermas evolucionan de un tipo de narrativa a otro en función del momento de su vivencia y de sus características personales.

Estos autores, que publicaron sus obras fundamentales en las dos últimas décadas del siglo XX, han influido en gran medida en los movimientos posteriores de medicina basados en narrativas. También forma parte de la base teórica de la medicina narrativa el texto de Kathlyn Montgomery, *Doctors’ Stories. The Narrative Structure of Medical Knowledge*. Esta autora realizó un estudio etnográfico en varios hospitales, analizando el modo en que la práctica médica se constituye como una práctica narrativa. En resumen, lo que ocurre en la relación clínica es un proceso de narración, traduc-

^b No existe en español una forma sencilla de diferenciar los conceptos de *disease* and *illness* y esto complica en muchos momentos explicar la diferencia fundamental que sustenta las teorías de Kleinman y otros autores.

ción, y re-traducción. El paciente acude con una historia, una narración que el profesional traduce a un lenguaje médico, que ayuda a la construcción del diagnóstico y el plan de tratamiento, y requiere ser re-traducido para ser devuelto al paciente. Montgomery describe como la relación entre profesionales también está llena de relatos (anécdotas) que dan forma a la meta-narrativa profesional⁸. Refiere Montgomery:

“la atención a la historia de vida del paciente no es un retorno nostálgico a un tiempo pretecnológico idealizado cuando los detalles personales y sociales entraban en la historia clínica. Por el contrario, este reconocimiento de la historia del paciente es un nuevo requisito de una sociedad frágil, urbana y móvil que adolece de la ausencia de una creencia religiosa común integradora y que espera mucho más de los médicos, rodeados por su halo de tecnología”⁸

Estos autores contribuyeron a crear un clima de discusión favorable al desarrollo de la medicina basada en narrativa en todas sus formas. Realmente, no existe una única versión de medicina basada en narrativas. Podemos encontrar varios autores que hablan de medicina narrativa con diferentes características. Los autores fundamentales para tener una idea global del concepto son: Trisha Greenhalgh, Brian Hurwitz, John Launer, Mehl-Madrona y Rita Charon (que es quien finalmente ha definido el concepto de medicina narrativa más extendido actualmente).

Trisha Greenhalgh & Brian Hurwitz

En 1998 publicaron el libro *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*⁹, en el que presentaban un recorrido, de la mano de diversos autores, sobre el papel de la narratividad en la atención sanitaria. Muestran experiencias de uso del aspecto narrativo en diferentes contextos clínicos, pero también la importancia de considerar la “historia” que hay en la enfermedad. No dejan de relacionar este concepto de enfermedad como narración con otras áreas como la antropología, la ética y la medicina basada en la evidencia. Parte de este volumen se publicó en forma de artículos en una serie sobre medicina basada en narrativa en el BMJ¹⁰⁻¹³.

Destacan una serie de razones para incluir el estudio de la narrativa en el contexto sanitario¹⁴:

“En el encuentro diagnóstico, la narración es la forma fenomenológica en la que los pacientes experimentan la enfermedad, promueve la empatía y la comprensión entre sanitario y paciente, permite la construcción de significados y puede aportar categorías y claves analíticas útiles. En el proceso terapéutico: promueve un manejo holístico y sugiere nuevas opciones terapéuticas.

En la educación de pacientes y profesionales: son memorables, se sustentan en la experiencia, promueven la reflexión.

En investigación: ayudan a poner en la mesa una agenda centrada en el paciente, retan el conocimiento recibido y pueden generar nuevas hipótesis”

Trisha Greenhalgh ha continuado su investigación en este campo, demostrando que es posible defender un uso extendido del concepto narrativo en medicina sin abandonar el trabajo dentro del marco de la Medicina Basada en la evidencia^{10,15,16}, puesto que ambas perspectivas no solo no son contradictorias sino que son necesarias para una atención sanitaria de calidad. Concluye que *“la aplicación válida de la evidencia empírica requiere un sólido fundamento en el mundo basado en narrativas”*⁹.

Para Greenhalgh, la narrativa puede y debe ser utilizada como herramienta en todos los contextos de la atención sanitaria (enfermedad, curación, organizaciones, aprendizaje, investigación, ética)¹⁷. En la enfermedad la narración (*“el relato cronológico de una acción con objetivo por personas que encaran un problema y localizado en un lugar imaginario o real”*) tiene valor explicativo, diagnóstico y terapéutico, iluminativo y transformativo¹⁷. Y para poder aplicar la narrativa a la atención sanitaria es necesario disponer de competencia para ello. Para esta autora, la competencia narrativa¹⁷ incluye:

- *“ve la enfermedad, y los esfuerzos del paciente para tratar con ella, como una historia que se despliega dentro de un mundo vital más amplio*
- *reconoce al paciente como el narrador de la historia y como el sujeto (más que el objeto) del relato, y, por consiguiente, dar importancia central al papel del paciente en definir, manejar y dar sentido a la enfermedad*
- *reconoce que un problema o una experiencia simples pueden generar múltiples interpretaciones y que la versión clave a abordar es la que enmarca y desarrolla el paciente*
- *acepta tanto la confianza (el paciente, en el acto de contar su historia, se hace vulnerable y pone su confianza en el clínico) como la obligación (el clínico asume deberes éticos en el acto de escucharlo).*
- *Ve el diálogo hablado (y representado) entre el profesional sanitario y el paciente como una parte integral del manejo clínico.”*

Para estos autores, el papel de la narrativa en la atención sanitaria es tanto un elemento de construcción teórica y análisis de la práctica clínica, como una herramienta real a poner en marcha en el encuentro clínico. Greenhalgh promueve el aprendiza-

je de la práctica clínica basada en narrativa a partir del análisis de historias de pacientes^{17,18}.

En resumen, la perspectiva de estos autores está fundamentada en las humanidades (filosofía, antropología, sociología) y aborda de una manera amplia el papel de la narrativa en la práctica clínica, dando un énfasis especial a las historias contadas por pacientes como herramienta formativa y de investigación, sin elaborar una metodología de aplicación clínica concreta sino enfatizando el proceso narrativo como núcleo central y que, por tanto, no puede ser ignorado si pretendemos una atención de calidad que ponga al paciente en el centro.

John Launer

Médico, educador, consultor y escritor, formado en medicina general y en terapia familiar. Creador de un modelo de atención basado en narrativas denominado "*Conversations inviting change*"¹⁹, presentó una parte importante de su modelo de atención basada en narrativa en su libro *Narrative-Based Primary Care*²⁰. Procedente del campo de la terapia familiar, para Launer, la conversación se constituye en un proceso de co-creación, circular, creativo, entre el profesional y el paciente y es, a la vez, diagnóstica y terapéutica. Su modelo refuerza la capacidad del profesional para trabajar la historia del paciente (o del alumno en los casos de profesionales supervisores en educación médica) mediante un abordaje narrativo de la conversación, de modo que el papel del profesional será facilitar que la narración se desenvuelva. Launer presenta un modelo de medicina basada en narrativa práctico y concreto que puede ser aprendido, como cualquier otra habilidad, incluso sin tener una profunda base teórica, y que se pone en práctica siguiendo una serie de pasos.

Lewis Mehl-Madrona

Mehl-Madrona trabaja fundamentalmente en la atención psiquiátrica y en atención primaria a comunidades indígenas americanas. Su perspectiva dentro de la medicina narrativa aborda la historia de la enfermedad como una parte más de la historia en conjunto del paciente y asume que trabajar en cambiar la historia (y sus significados) contribuye a cambiar la enfermedad (y sus significados). Se trata, por tanto, de un abordaje más psicoterapéutico, aunque de aplicación también a enfermedades fuera del marco de la psiquiatría^{21,22}. De los autores señalados es el que tiene una orientación más potente al uso terapéutico de la narrativa. Aunque el resto de autores reconoce que incluir la narrativa podría tener un impacto terapéutico, éste generalmente es indirecto, por la mejora en la relación clínica y en la confianza del paciente. Para Mehl-Madrona el trabajo narrativo con el paciente es terapéutico en sí mismo.

Rita Charon

Médica internista y profesora en la Universidad de Columbia, así como doctora en literatura inglesa, Rita Charon y su equipo en dicha universidad han desarrollado el concepto de medicina narrativa que se ha extendido progresivamente a nivel mundial. Procedente del mundo de la Literatura y Medicina, el concepto de medicina narrativa de Charon tiene una relación intensa con la literatura. Su idea fundamental es que la competencia narrativa clínica puede adquirirse a partir del trabajo con herramientas procedentes, fundamental pero no únicamente, de la literatura y la teoría narrativa. El resumen de su programa narrativo se ha expuesto en dos libros: *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness Narrative*²³ y, en colaboración con otros autores, *The Principles and Practice of Narrative Medicine*²⁴. Su propuesta, dirigida a la formación de estudiantes de ciencias de la salud y otras disciplinas afines y a profesionales en ejercicio en el ámbito de la competencia narrativa, y su enfoque más clínico (busca un modo de poner en práctica todo lo que la teoría sobre la narratividad aporta en medicina) le han proporcionado una mayor visibilidad. Su programa de formación en formato de talleres de fin de semana les ha permitido extender su visión de la medicina narrativa a profesionales de todo el mundo. La perspectiva de Rita Charon sobre lo que es medicina narrativa es la que he adoptado para la realización de este trabajo, por lo que me extenderé en los próximos apartados, con más detalle, en presentar qué es la medicina narrativa desde esta perspectiva.

Definición de Medicina Narrativa.

La primera definición de Medicina Narrativa fue publicada por R. Charon en el 2001^{25,26} y posteriormente refinada en su libro *Narrative Medicine, Honoring the Stories of Illness*, donde aparece como la “*medicina practicada con habilidades narrativas de reconocer, absorber, interpretar y conmovirse por las historias de enfermedad*”²³, habilidades que capacitan al médico para practicar la medicina con empatía, reflexión, profesionalismo y confianza²⁶. Para sustentar su idea del papel de la narrativa en la actividad médica, define los géneros de la medicina narrativa dentro de la tradición médica (es decir, escritos por médicos): ficción médica (historias de ficción sobre médicos y pacientes), presentaciones legas (ensayos e historias escritas en prensa o revistas generalistas para ser leídas por personas sin formación médica), autobiografía médica, historias de la práctica médica (escritas y publicadas en publicaciones científicas^c)

^c Existen varias publicaciones científicas anglosajonas que incluyen secciones en las que se publican textos creativos (narraciones, poesía, etc.) sobre experiencias de profesionales sanitarios. Entre ellas destacan, al menos, el JAMA (Journal of American Medical Association) y su sección “*A Piece of My Mind*” y “*Poetry and Medicine*”, el Annals of Internal Medicine con “*On Being a Doctor*”, Health Affairs con “*Narrative Matters*”, Medical Humanities con “*Poetry and Prose*”, Canadian Medical Association Journal con “*Humanities*”, etc. Por el momento, no conozco experiencias de alcance similar en revistas médicas españolas.

y ejercicios escritos en la formación médica. En definitiva, los médicos ya escriben para sobrellevar la situación de tecnificación y mercantilización de la medicina contemporánea y añadir espacios de reflexión a una actividad sobrecargada.

Sus fundamentos teóricos proceden de la teoría literaria, la narratología, las filosofías continentales, la teoría estética y los estudios culturales, y sus fundamentos clínicos provienen de la atención primaria, del trabajo colaborativo en cuidados de salud, de la ética narrativa, de los estudios cualitativos de ciencias sociales y del psicoanálisis²⁴.

El objeto de este nuevo enfoque en la práctica médica es reforzar la perspectiva bio-psico-social proporcionando un marco de trabajo clínico para hacerlo realidad, ya que solo la competencia científica no es capaz de ayudar a captar el significado que la pérdida de salud tiene para un paciente concreto. El médico actúa como *testigo* de la narración del paciente y esto le permite establecer una alianza terapéutica y realizar todas las tareas clínicas (diagnóstico, exploración, análisis de pruebas) y experimentar empatía y comprometer al paciente en un cuidado efectivo. Para la autora, la herramienta más potente de un médico es él mismo (el “*ser*”) y trabajar en la reflexión lo hace mejor y, por tanto, mejor médico²⁶.

La medicina narrativa descrita por Charon y colaboradores usa un marco de actuación concreto. Lo ha denominado “*Atención, Representación, Afiliación*”^{23,27} e incluye tres actividades relacionadas de manera triangular. Por *atención* se considera la capacidad de escuchar atentamente los relatos de los pacientes, escucha total, en la que el profesional pone todos sus recursos cognitivos y emocionales. A la *atención* sigue la *representación* que no es otra cosa que convertir lo escuchado en un producto (generalmente un texto) en el que se recrea la historia escuchada modulada por el escuchante. Estos dos procesos son iterativos y se enriquecen mutuamente. En la medida en que se busca una mejor representación, es imprescindible aumentar la atención; y en la medida en que se atiende mejor, la representación es más fiel al paciente. Ambos procesos llevan al profesional a sentirse identificado con el paciente (afiliación), mejorando la relación clínica y, con ello, su práctica profesional.

Este marco define y confina lo que el equipo de la Universidad de Columbia entiende por Medicina Narrativa.

El aprendizaje de la medicina narrativa se lleva a cabo, principalmente mediante la lectura atenta de textos (“*Close Reading*”) y la escritura, tanto creativa como reflexiva²³. También se incluyen actividades basadas en la relación directa con los pacientes, como el *Parallel Chart*²³ (que se puede traducir como historia clínica paralela). Aunque en los últimos años se han incluido otras actividades basadas en el arte además de en la narrativa²⁸.

Hay que tener en cuenta que esta perspectiva de la medicina narrativa parte de y exige un fuerte compromiso del profesional con los valores de la profesión. La medicina narrativa, tanto en su definición como en su desarrollo, se dirige a un tipo de profesional (médicos y otros) con un fuerte compromiso con los pacientes y con la sociedad. Es difícil comprender este enfoque si no existe ese compromiso, puesto que exige al profesional poner su *ser* al servicio del paciente. Lo que hace la medicina narrativa es trabajar el *ser* del profesional y sus habilidades para responder ante la narración del paciente, sin proponer un modelo de instrucciones concretas tipo recetario.

No es de extrañar que hayan establecido una serie de principios dentro de la medicina narrativa, como son: *acción hacia la justicia social, rigor de la disciplina, inclusividad, tolerancia a la ambigüedad, métodos participativos y no jerárquicos y procesos relacionales e intersubjetivos*²⁴. Estos principios van más allá de una prescripción de habilidades comunicativas y exigen un cambio en la visión que el profesional tiene sobre la medicina y su práctica.

Los precursores: Literatura y Medicina

No es posible comprender completamente la idea de medicina narrativa de Charon, sin tener en cuenta su relación con el área de conocimiento denominada Literatura y Medicina por lo que resulta de interés profundizar un poco más en él.

La formación en literatura en las facultades de medicina ha sido una constante en las universidades americanas desde los años 70. Anne Hudson Jones ha publicado un resumen de la evolución de esta materia²⁹. La primera asignatura de Literatura y Medicina se introdujo en 1972 y posteriormente se reconoció esta área de conocimiento como una subespecialidad de las Humanidades Médicas. El área ha tenido una evolución a lo largo de las más de tres décadas de existencia. Inicialmente se centró en el aprendizaje de la lectura en sentido completo, asumiendo que esto preparaba a los alumnos para el encuentro con el paciente y para la tolerancia a la ambigüedad y en la exploración de valores morales a través de la literatura. Posteriormente, se reforzó la idea de las similitudes entre el trabajo de la literatura y de la medicina, en cuanto que ambos utilizan el lenguaje como instrumento y ambos son “proyectos morales”. Se insistió, entonces, en la aproximación ética y estética. En la última década del siglo XX se evolucionó a una visión más centrada en los actos de interpretación e imaginación, empezando a dar más importancia a la escritura como herramienta de aprendizaje (y no solo a la lectura). Se instauró una aproximación más empática al texto literario.

La literatura proporciona un medio para ampliar la experiencia del médico/alumno obligándole a reflexionar sobre situaciones diferentes a las que ha vivido, y la comprensión e introspección resultantes producen una transformación, ofrece lo

que se denomina distancia estética³⁰. Aunque hay que tener en cuenta que sólo la literatura no crea médicos más sensibles y éticos.³⁰ Las experiencias docentes con literatura y medicina son muy variadas y sus objetivos también varían. Como ejemplos se podrían mencionar: mejora de la empatía³¹, desarrollo de habilidades de lectura crítica, aprendizaje de la relación entre relato literario y la medicina, mejora de las habilidades de escritura³², trabajo de la idea de la muerte y el morir³³, valoración la influencia de la literatura en la toma de decisiones clínicas³⁴ o mejora la comprensión de la experiencia de enfermedad³⁵.

De aquí evoluciona la medicina narrativa, que no es, para Hudson Jones, una subespecialidad de la Literatura y Medicina sino un nuevo marco de trabajo clínico, aunque hace uso de las mismas herramientas de la Literatura y Medicina.

Esta idea de que la medicina narrativa procede de, pero no es, Literatura y Medicina, ha sido expuesta, con amplios argumentos, por Muskievicz en su tesis doctoral³⁶. Para este autor las diferencias fundamentales son: la medicina narrativa busca alinearse con la práctica clínica (y la literatura y medicina, no), la medicina narrativa pone el foco en el médico-escritor, el método de la literatura y medicina (con procesos de revisión por pares) da un mayor rigor y evita los problemas de privacidad provocados por iniciativas de medicina narrativa especialmente en internet, y las propuestas de la medicina narrativa permiten una mayor facilidad para medir resultados (que no tiene la literatura y medicina).

Como antecedentes de la publicación de la definición y objetivos de la medicina narrativa, Charon publicó dos artículos en los que ya se empezaba a producir este deslizamiento desde la literatura y medicina hacia la medicina narrativa^{37,38}. En el primero de ellos³⁷ presenta una defensa de las similitudes entre el trabajo del literato y el del médico. Ambos tienen el lenguaje por herramienta fundamental y la comprensión de una historia como objetivo, en ambos la representación textual y su significado es más que la suma de palabras. El médico enfrenta un problema clínico mediante el proceso de leer (escuchar) y escribir la vida del paciente. Esta relación se fortalece por el hecho de que la literatura toma prestados muchos argumentos de la práctica médica (la muerte, el sufrimiento, el dolor, la enfermedad) y la medicina toma prestados de la literatura las formas literarias. Pero la importancia del texto en medicina fue disminuyendo a medida que la tecnología ocupaba un lugar predominante. En el segundo artículo³⁸ presenta una lista de los motivos para enseñar literatura y medicina: el estudio de la literatura puede ayudar a los médicos a comprender qué ocurre en las vidas de los pacientes, incrementa la competencia narrativa de médicos y estudiantes de medicina, desarrolla habilidades para interpretar adecuadamente los textos médicos, ayuda a desarrollar la empatía, y ayuda a desarrollar la capacidad de autoconocimiento y re-

flexión. Además, aporta algunas recomendaciones sobre cómo enseñar literatura y medicina en diferentes contextos (estudiantes, residentes, médicos).

La formación en Literatura y Medicina puede estar integrada en rotaciones clínicas³⁹ e incluso realizarse de manera informal, mediante actividades fuera del programa⁴⁰. En estos dos casos, los responsables refieren que los alumnos ven interesante la actividad, que les proporciona una nueva visión y creen que puede hacerlos mejores médicos. Calman⁴⁰ sugiere que los cursos de literatura sean usados como herramienta para formar en otras áreas de la medicina, como la ética médica.

En España, las experiencias de formación en literatura y medicina no son muy abundantes pero existen experiencias múltiples tanto con estudiantes^{41,42} como con residentes⁴³. Y recientemente, en el 2015, la revista Medicina y Cine incluyó una sección sobre Literatura y Medicina⁴⁴, que no es regular, y se ha identificado, al menos, un libro dedicado al tema con múltiples ejemplos de literatura española útil para la formación del médico, escrito por Luis Montiel Llorente⁴⁵.

En conclusión, podemos decir que la medicina narrativa hace uso de la experiencia, instrumentos y fundamentos de la literatura y medicina, pero con un objetivo más cercano a la práctica clínica, lo que la diferencia, y en cierto sentido, la convierte en una derivada parcial de ella, más cercana a la medicina y más alejada de la literatura.

Herramientas de la Medicina Narrativa

La Medicina Narrativa hace uso de una serie corta de instrumentos con el fin de alcanzar sus objetivos. Algunos de estos instrumentos proceden de la literatura, con variantes adaptadas a la situación profesional de los estudiantes. La herramienta más importante, en opinión de los autores principales, es la lectura atenta (traducción aproximada del término "*Close Reading*")²⁴. Además de ésta, se hace uso de la escritura (tanto reflexiva como creativa), del trabajo en pequeño grupo, de los *parallel charts*, de la entrevista profunda al paciente.

Lectura atenta

La lectura atenta es un tipo de lectura profunda que tiene sus orígenes en la teoría literaria denominada Nueva Crítica, de principios del siglo XX. En sus orígenes, la lectura atenta pretendía leer sin tener en cuenta la intención del autor o la respuesta emocional del lector al texto. Esta posición ha ido variando a lo largo del tiempo y modificándose con nuevas aportaciones desde diferentes perspectivas²⁴. La lectura atenta que defienden los promotores de la medicina narrativa se construye a partir de aquí, pero no solo desde aquí. La lectura atenta permite absorber un texto, sin dejar nada atrás, no importa cuál sea el origen del texto (literario o clínico). Para ello se hace una

serie de preguntas que van desde ¿a quién va dirigido el texto? hasta ¿en qué deber ético incurro al leerlo?, pasando por elementos formales como la forma, el argumento, el marco, el tiempo, el espacio, la voz, las figuras literarias (en especial, las metáforas), etc.²⁴. Realmente, lo que se busca con el entrenamiento en lectura atenta no es un simple buen lector, sino un buen escuchante. El objetivo no es entrenar buenos literatos sino buenos profesionales sanitarios, capaces de notar de manera refleja muchos aspectos de un texto (escrito u oral) y preparados para estar atentos a los múltiples significados y aproximaciones posibles, tal y como ocurre en un encuentro clínico²³. Ser un lector atento requiere pensamiento abstracto, juicio textual, introspección psicológica y rendirse a ser dirigido por el texto²⁴.

La lectura atenta está en el corazón de los proyectos formativos de medicina narrativa basados en la escuela de Columbia. La lectura no es un objetivo en sí, sino una herramienta para alcanzar una mejor práctica clínica: escucha atenta y mirada atenta⁴⁶. De hecho, una parte importante de la formación en lectura atenta no se realiza con textos literarios de contenido médico sino con obras literarias de calidad. El objeto de esta elección es evitar que los estudiantes se centren en el problema clínico en lugar de hacerlo en las cuestiones literarias²⁴.

La lectura atenta, en fin, se utiliza como una aproximación al objetivo real, conseguir médicos capaces de realizar una escucha atenta de las historias de los pacientes y actuar en función de esas historias.

Escritura reflexiva

El segundo elemento de la formación en Medicina Narrativa es la escritura. Habitualmente se oferta una propuesta de escritura después de la lectura atenta del texto y su discusión grupal. Esta escritura puede ser reflexiva o creativa. Abordaremos primero la escritura reflexiva.

La reflexión es una revisión profunda de sucesos, que puede ser individual, grupal (supervisada o no). La persona que reflexiona intenta trabajar sobre lo que ha ocurrido, lo que piensa o siente acerca de eso que ha ocurrido.⁴⁷

La escritura es una de las herramientas utilizadas para trabajar la reflexión. Shapiro, Kasman y Shafer publicaron en 2006 un modelo teórico del impacto de la escritura reflexiva en medicina, basándose en su experiencia personal con alumnos y en la literatura publicada hasta el momento⁴⁸. Este modelo supone que el proceso de la escritura reflexiva tiene dos etapas: la primera es el acto de escribir, la segunda es el proceso de leer y escuchar lo que otros escriben. Estas dos etapas dan lugar a una serie de resultados pedagógicos que incluyen: desarrollo profesional (por la autovaloración reflexiva, la clarificación de valores y la identidad profesional), el bienestar del profesional (equilibrio emocional, auto-curación, reducción del aislamiento y la restau-

ración del sentido de comunidad) y habilidad de cuidado de pacientes (competencia narrativa, introspección en el cuidado y la empatía). Como podemos comprobar estos potenciales beneficios del ejercicio de la escritura reflexiva no difieren de los buscados por la medicina narrativa. Por eso, esta herramienta ha sido adoptada por los enseñantes de medicina narrativa dentro de su marco de actuación.

En el modelo de Charon (atención, representación, afiliación)²⁷, la representación es el proceso por el cual el profesional (o estudiante) da forma a lo percibido (escuchado, leído). Mediante el proceso de escritura, se crea un nuevo significado, pero también se accede a pensamientos que no eran conscientes. Para su equipo, la escritura reflexiva es un medio para conseguir el estado de reflexión⁴⁹. Los alumnos escriben para expandir sus mentes y lo hacen en cualquier forma y contenido. Los lectores (o escuchantes) del texto actúan como examinando el texto para darle sentido. Asumen que el escritor no sabe cuánto hay contenido en su texto⁴⁹. En ningún caso se pretende evaluar al alumno (o su capacidad de reflexión) a partir de lo que escribe.

Para otros autores, el proceso de escritura reflexiva puede ser evaluado mediante la utilización de rúbricas que puntúen el grado de reflexión⁵⁰⁻⁵². En este caso, la escritura reflexiva deja de ser un mero instrumento de aprendizaje para convertirse en un medio de conocer si el profesional o alumno es, o no, reflexivo. Sin embargo, no se limitan solamente a ese papel evaluador, sino que proponen herramientas para facilitar el proceso reflexivo mediante la escritura⁵³, tanto para alumnos, como para los profesores que deben asesorar a esos alumnos⁵⁴.

Los ejemplos de uso de escritura reflexiva en educación médica son muchos. Algunos de ellos se inscriben dentro de la medicina narrativa⁵⁵⁻⁷¹, pero otros muchos sustentan su trabajo en otros modelos teóricos o prácticos, tanto en estudiantes de ciencias de la salud como en médicos residentes y en ejercicio, utilizando métodos diversos⁷²⁻¹⁰³.

Escritura creativa

La escritura creativa en medicina narrativa tiene dos vertientes: la creativa en sí misma (escritura de ficción), y el impulso de la creatividad en la escritura reflexiva (la historia no es real, pero se le da forma creativa, que puede ser poesía, prosa poética, canción, etc.).

¿En qué sentido la escritura creativa puede ayudar a formar mejores médicos? La flexibilidad e imaginación necesarias para construir una buena historia, una historia que tiene en cuenta los personajes, la voz, el conflicto, el deseo, son habilidades que se aprenden en el proceso de crear una historia, pero que son fundamentales para el médico a la hora de afrontar las historias que traen los pacientes.¹⁰⁴ La creatividad no debe ser entendida solamente como el acto de crear algo completamente nuevo, sino

también como la capacidad de afrontar el mismo problema de formas diferentes en función de múltiples circunstancias²⁴.

Los participantes en cursos de escritura creativa para médicos y estudiantes refieren que el proceso de escribir los lleva a estar más atentos a las historias de cada paciente y a ser más capaces de ponerse en el lugar del paciente (empatía) para comprender su enfermedad^{105,106}

En cualquier caso, el límite entre escritura reflexiva y escritura creativa es borroso. ¿En qué punto podemos considerar que no hay creatividad en el proceso de escribir de manera reflexiva sobre una historia real? Aunque parece que los profesionales médicos se sienten más cómodos hablando de escritura reflexiva que de escritura creativa²⁴.

Trabajo grupal

Aunque el trabajo en grupo no está específicamente incluido en la formulación de la medicina narrativa, casi todas las experiencias formativas se dan en contextos grupales. El grupo facilita varias de las habilidades que se busca entrenar. Por un lado, la discusión en grupo de las lecturas permite apreciar como diferentes participantes dan diferentes significados a la misma historia, permitiendo conocer diferentes perspectivas. Por otro lado, el ejercicio de leer las propias historias y sentirse escuchado por los demás, añade el aprendizaje emocional de sentirse escuchado. Sin embargo, el trabajo grupal de este tipo de formación requiere una serie de condiciones estrictas, especialmente en lo referente a la confidencialidad de lo compartido y al sentimiento de seguridad de los participantes.

Parallel Chart

El *Parallel Chat* es una herramienta narrativa de uso durante las prácticas clínicas (o el trabajo clínico en el caso de médicos residentes o ya especialistas). El alumno escribe en formato narrativo y sin utilizar el lenguaje habitual de las historias clínicas, aquellos elementos de la atención a un paciente (incluida su historia, exploración, sentimientos, emociones, pensamientos) que no tendrían hueco en una historia clínica formal.

Las instrucciones que se dan a los alumnos para realizar estas historias paralelas son:

“Cada día, escribe en las historias del hospital sobre cada uno de tus pacientes. Sabes exactamente que escribir allí y la forma en la que debes escribirla. Escribe acerca de la queja actual del paciente, los resultados de la exploración física, resultados de laboratorio, hallazgos, opiniones de consultores y el plan. Si tu paciente que muere de cáncer de próstata te recuerda a tu abuelo, que murió de esa enfermedad el verano pasado,

y cada vez que entras en la habitación del paciente, te lamentas por tu abuelo, no puedes escribirlo en la historia del hospital. No te dejaremos. Y sin embargo tiene que escribirse en algún sitio. Escríbelo en la historia paralela”²³

El objetivo primario de las historias paralelas no es el bienestar emocional de los alumnos, sino que sean capaces de reconocer su propio viaje a través de la medicina y reconocer de manera completa lo que ocurre a sus pacientes²³. El método de trabajo tiene que ver con el texto, no con la salud mental de los participantes, pero exige una disciplina mental de ser capaces de ver de forma diferente las acciones del día a día clínico y ser capaces de verse a sí mismos realizando estas acciones.

Aplicación de la Medicina Narrativa en la práctica clínica.

Hasta ahora he expuesto diferentes experiencias formativas en medicina narrativa. La formación de estudiantes y, en menor medida, de residentes y médicos especialistas, es la actividad principal en la que se aplican los principios de la medicina narrativa. Pero, ¿cómo se hace medicina narrativa en una consulta médica?

Rita Charon, en su primer libro sobre Medicina Narrativa, explica cómo aplica de manera práctica su teoría en la consulta²³. Refiere que, cuando llega un paciente nuevo, le pide que le responda a una cuestión: “Cuénteme todo lo que crea que yo debo saber para ayudarlo”. Luego deja bolígrafos, ordenador, notas, etc. Y se limita a escuchar atentamente el relato del paciente. Cuando el paciente ha terminado, escribe lo que ha escuchado y lo devuelve al paciente para que le diga si ha captado correctamente su historia. De estas experiencias refiere conseguir una mejor relación médico-paciente, pero también encontrar elementos útiles para el diagnóstico y el tratamiento que se le hubieran escapado con un abordaje más tradicional. Refiere salir transformada de estas experiencias de escucha, escritura y compartir lo escrito con los pacientes y percibir una mejor evolución de los pacientes¹⁰⁷

Los artículos explicando cómo se aplica el conocimiento narrativo directamente en la práctica clínica son escasos. Podemos mencionar el ejemplo de la Clínica Mayo, en EEUU, que presenta un programa variado basado en medicina narrativa que incluye: formación a estudiantes y a personal propio (de todas las categorías) y un programa denominado “*Arts at the Bedside*” que incluye *un menú de experiencias de arte para pacientes hospitalizados* (clases de pintura, conciertos, programa de formación en escritura creativa...) ¹⁰⁸. También es interesante la experiencia en la Región de Florencia, en Italia¹⁰⁹. En este caso, la implicación del organismo responsable de la atención sanitaria ha puesto en marcha un proyecto completo denominado *Proyecto NaMe*, multidisciplinar, que se inició en el 2004 con un proyecto formativo en Medicina Narrativa y en investigación cualitativa, y que se ofreció a diferentes departamentos hospitalarios y a todo el personal sanitario. Los responsables del proyecto utilizaron

metodología cualitativa (grupos focales, entrevistas, análisis de reclamaciones) para evaluar lo que contaban los pacientes sobre su experiencia. A partir de esta información se pusieron en marcha proyectos de cambio en el funcionamiento de algunos departamentos (como la UVI)¹¹⁰. Incluso se han publicado recomendaciones sobre cómo hacer medicina narrativa en la consulta¹¹¹. Existen otras experiencias, que, sin ser explícitamente medicina narrativa, hacen uso de la narración del paciente como elemento fundamental de su proceso de atención clínica. Es el caso de la *atención centrada en la persona*, en la que se diseña un proceso de atención clínica que se inicia en la recogida de la narración del paciente, pero no solo la narración del evento clínico, sino de todos los elementos de la vida del paciente que considera que pueden estar afectados por su enfermedad, sus creencias y sus valores^{112,113}. En este caso concreto, se han puesto en marcha ensayos clínicos destinados a comprobar el efecto de esta práctica en la salud de los pacientes y en su autocuidado, con resultados positivos^{114,115}.

En general, los artículos que presentan la medicina narrativa como una herramienta útil en la práctica clínica de diferentes especialidades hacen una presentación general, una defensa de su utilidad y aportan algunas ideas para su utilización práctica, pero sin entrar en la dinámica interna de la consulta o presentar casos concretos de aplicación. Esto ocurre para neurología¹¹⁶, nutrición¹¹⁷, atención primaria¹¹⁸, oncología¹¹⁹, genética clínica¹²⁰ o geriatría¹²¹. En un solo caso, el de cardiología fetal¹²², se presenta un análisis detallado del uso concreto de las técnicas de medicina narrativa a lo largo del proceso diagnóstico-terapéutico que va más allá de una presentación de los principios generales de la medicina narrativa en una revista de la especialidad. En otros casos, lo que se hace es utilizar metodología relacionada con la medicina narrativa para explicitar las necesidades de los pacientes en la práctica clínica dentro del marco de proyectos de investigación y no de la práctica clínica individual¹²³⁻¹²⁶.

Por el momento, como vemos, la evidencia publicada sobre prácticas clínicas basadas en medicina narrativa es escasa, aunque algunos autores, entre ellos, la pro-pia Charon, dan por demostrados los beneficios clínicos de la medicina narrativa¹²⁷.

Los límites de la narrativa en medicina.

La consideración de toda experiencia humana y del yo como elementos narrativos (sobre lo que se sustenta la medicina narrativa) ha sido contestada por algunos críticos. En primer lugar, Strawson argumenta contra la consideración del ser humano como ser narrativo¹²⁸. Este autor niega la existencia tanto de la tesis psicológica como de la tesis ética de la narratividad. Opone dos tipos de ser, el diacrónico, que se piensa a sí mismo en la historia (es él mismo en el pasado, presente y futuro) y el episódico (existe solo en el presente). El episódico nunca es narrativo, el diacrónico podría serlo, pero no necesariamente. Por tanto, afirma que existen personas que no se entienden

a sí mismas de una forma narrativa y que, por tanto, el énfasis en la narratividad puede ser dañino:

“La aspiración a explicitar que la auto-articulación narrativa es natural para algunos (para algunos, quizás, puede ser incluso beneficiosa) pero en otros es muy antinatural y ruinosa. Mi idea es que casi siempre hace más daño que bien”¹²⁸

Posteriormente Angela Woods eleva una serie de cuestiones para lanzar un debate inconcluso sobre la medicina narrativa¹²⁹: ¿hasta qué punto podemos confiar que las historias de enfermedad de los pacientes describen fielmente *lo que es realmente?*; ¿Puede la coherencia narrativa ser perjudicial, cómo y en qué contextos?; existe el peligro de considerar toda forma de expresión artística como narrativa, lo que convierte una expresión lingüística en el sumun de la experiencia subjetiva; hay una tendencia a colapsar las divergencias entre diferentes formas narrativas y contextos; no existe un estudio sofisticado sobre el género de las narrativas de enfermedad; los estudiosos de la narrativa en medicina olvidan las dimensiones históricas y culturales de la forma narrativa; puede promover formas particulares de narrativa como el modo de auto-expresión humana, promueve un modelo específico de yo. Woods se fundamenta en el estudio citado de Strawson para lanzar un reto: pueden existir diferentes formas de encontrar sentido y la narratividad no es, por el momento, universalmente compartida¹²⁹.

En el año 2013, Mahoney publicó un duro artículo criticando el papel que la medicina narrativa está ocupando en el contexto de la Humanidades Médicas, sustituyéndola. Para este autor, la medicina narrativa por su perspectiva postmodernista (y anticientífica, por este motivo), entorpece el trabajo clínico y puede resultar intrusiva para muchos pacientes. Hay un riesgo de que *pacientes vulnerables desarrollen expectativas irreales sobre los médicos, esperanzas que serán inevitablemente incumplidas*¹³⁰. Considera que las Humanidades Médicas no deben enseñarse en función de una pretendida utilidad para la práctica clínica, sino porque proporcionan una conexión con el mundo más allá de la facultad y el hospital y una comprensión del lugar de la medicina en la sociedad¹³⁰.

En respuesta a Woods, McKechnie argumenta, entre otras cosas, que lo narrativo es imprescindible incluso para contestar a la representación no narrativa y que no importa lo que diga el paciente, el médico hará un juicio sobre la enfermedad y el tratamiento que se expresa en formato narrativo. Concluye que *“lo narrativo es un artificio construido, no importa quien hace la construcción o por qué; no existe fuera ni más allá de lo humano y no refleja de forma precisa los eventos, pero, por otro lado quizás, hace mucho más que cualquier otra cosa”¹³¹*

Merece también la pena incluir entre los límites de la medicina narrativa aquellos referidos a la responsabilidad en que incurre un médico (u otro profesional sanitario) cuando participa en actividades de medicina narrativa, o por efecto de éstas, produce escritos, más o menos creativos, sobre pacientes o compañeros para ser publicados en revistas profesionales. Está claro que tanto un paciente como un profesional pueden verse reconocidos en una historia publicada por otro médico. Sería deseable que se siguieran una serie de guías de actuación para evitar que la actividad en medicina narrativa produzca más daño que beneficio¹³². Peterkin incluye los siguientes elementos en su guía:¹³²

- principios de responsabilidad fundamentales: *compartir las historias clínicas debe llevar a mejorar el cuidado de los pacientes y promover los fines de la medicina como profesión que asume la responsabilidad hacia las personas a las que sirve*
- Preguntas que debe plantearse el profesional
 - De la parte del médico: incluye la intención (¿por qué se escribe esta historia?) y la proyección (¿qué parte del médico se refleja en la experiencia del paciente?)
 - De la parte del paciente: consentimiento (¿el paciente ha aceptado la publicación?), poder (¿cómo se refleja el contrato médico-paciente?), cultura y comunidad (¿qué presiones culturales caen sobre el paciente? ¿qué mensajes culturales envía?) y percepción del tiempo (¿la historia está limitado a un tiempo específico o refiere lo ocurrido como permanente, sin reconocer el cambio en el paciente?).
 - Sobre el impacto: en la relación médico-paciente (¿cómo afecta la publicación de esta historia a la relación?), la profesión (¿el texto es profesionalmente aceptable? Y el cambio (¿es un acto de autocomplacencia del médico o un vehículo de reflexión con las necesidades del paciente en mente?)

No tener en cuenta los riesgos puede llevar a que experiencias de medicina narrativa sean un fracaso en cuanto a los objetivos que persiguen. Por ejemplo, la lectura de determinados textos puede no generar la buscada empatía cuando se abordan temas relacionados con la identidad sexual y valores familiares no tradicionales, fallando en alcanzar un estado de intersubjetividad con los personajes, por lo que los autores recomiendan moverse desde el trabajo en lo individual del personaje a un abordaje que incluya elementos sociales y culturales que influyen en el médico a la hora de valorar una historia.¹³³

Como vemos, la medicina narrativa, que cuenta con defensores incansables sobre sus beneficios y el impacto que puede tener en la atención sanitaria presente y futura, no está exenta de riesgos y críticas que deben ser abordadas y debatidas con el

fin de que evolucione de manera adecuada. Estas críticas tienen una parte epistemológica (sobre los fundamentos filosóficos) y una parte práctica (sobre los efectos secundarios de la práctica). En lo epistemológico ya se han propuesto nuevas formas de enmarcar la medicina narrativa¹³⁴, que requerirán un debate futuro.

CONCLUSIÓN: EL MARCO DE LOCALIZACIÓN DE LA MEDICINA NARRATIVA

A partir de lo expuesto hasta ahora, se puede elaborar un marco en el que localizar las diferentes corrientes que tienen relación con el uso de narrativas en medicina y otras ciencias de la salud. Este esquema (Figura 1) facilita localizar la situación de la medicina narrativa defendida por R. Charon y colaboradores.

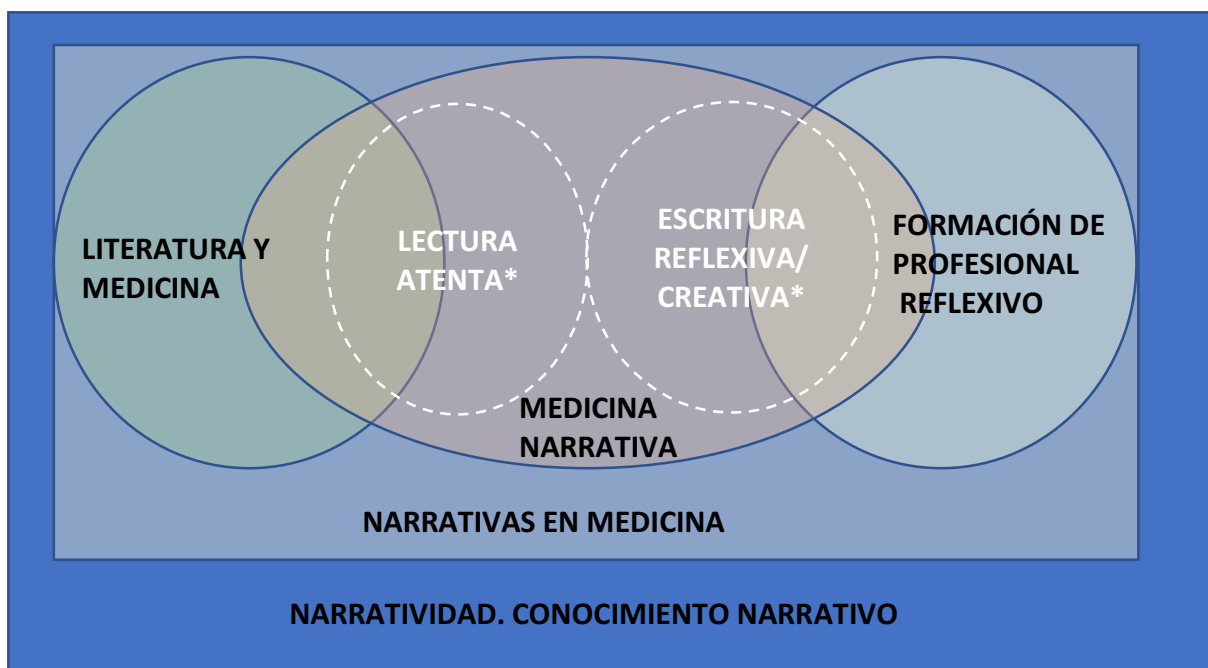


Figura 2. Marco de localización de la medicina narrativa. *herramientas

Dentro de un marco general constituido por las teorías de la narratividad desarrolladas después del giro narrativo en el contexto de las humanidades y las ciencias sociales, podemos contener otro marco interno que incluya las diferentes presentaciones de la narratividad en el contexto de la medicina (tanto teóricas como prácticas, en clínica y en investigación). Dentro de éstas, por su relación con la medicina narrativa, destacamos tres áreas: la literatura y medicina, la medicina narrativa propiamente dicha y la formación del profesional reflexivo mediante técnicas narrativas. La medicina narrativa comparte técnicas, destinatarios y objetivos con ambas. Las dos herramientas formativas principales de la medicina narrativa (lectura atenta y escritura) se utilizan en las otras áreas (la literatura y medicina hace uso extenso e intenso de la lectura atenta y la formación reflexiva hace uso de la escritura reflexiva). Existen otras herramientas y métodos utilizados en medicina narrativa (como la historia paralela o la entrevista minuciosa al paciente) pero están menos extendidas, por eso no se las ha co-

locado de manera específica. Aunque la literatura y medicina tiene también entre sus objetivos aumentar la capacidad de reflexión de los alumnos, no es éste su objetivo principal y, al menos durante la mayor parte de su historia, no ha hecho uso de la escritura como herramienta. Del mismo modo, la formación en práctica reflexiva no incluye entre sus herramientas fundamentales la lectura de otros textos que no sean los producidos por los alumnos.

Las fronteras entre los diferentes conceptos son difusas y que es posible encontrar proyectos similares que se inscriben a sí mismos en diferentes categorías y proyectos muy diferentes que entran en la misma categoría, especialmente cuando hablamos de medicina narrativa. Aunque podría pensarse que la existencia de una definición aceptada facilita el acotamiento de lo que es o no es medicina narrativa, diferentes autores son capaces de justificar teóricamente proyectos dispares como basados en medicina narrativa.

En este marco es donde se desarrollan las propuestas de investigación presentadas a continuación.

Dentro del campo de conocimiento de la narratividad en medicina, los autores principales referenciados pueden situarse en diferentes zonas del marco de una manera más específica:

1. Rita Charon y su equipo de la Universidad de Columbia (Nellie Herman, Maura Spiegel, Craig Irving, etc.), son los han definido el concepto de medicina narrativa más aceptado actualmente
2. Johanna Shapiro, investigadora en humanidades de la salud, especialmente en literatura y medicina, con algunas inclusiones en medicina narrativa.
3. Peterkin, médico canadiense, más centrado en el uso de la escritura reflexiva, ha investigado y escrito sobre la aplicación práctica de la medicina narrativa en la consulta.
4. Arthur Frank, Arthur Kleinman, autores fundamentales de las bases de la narratividad en medicina.
5. Mehl-Medrona, que hace un uso psicoterapéutico de la narrativa en medicina y apoyos en medicina narrativa.
6. Launer, también situado en un uso más psicoterapéutico de la narratividad en medicina.
7. Thisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, presentan un concepto de narrativas en medicina mucho más amplio que el de la medicina narrativa, abordando desde aspectos humanístico hasta clínicos y de investigación.
8. Kathleen Montgomery, profesora de literatura y medicina e investigadora del fenómeno narrativo en medicina y en el conocimiento médico.

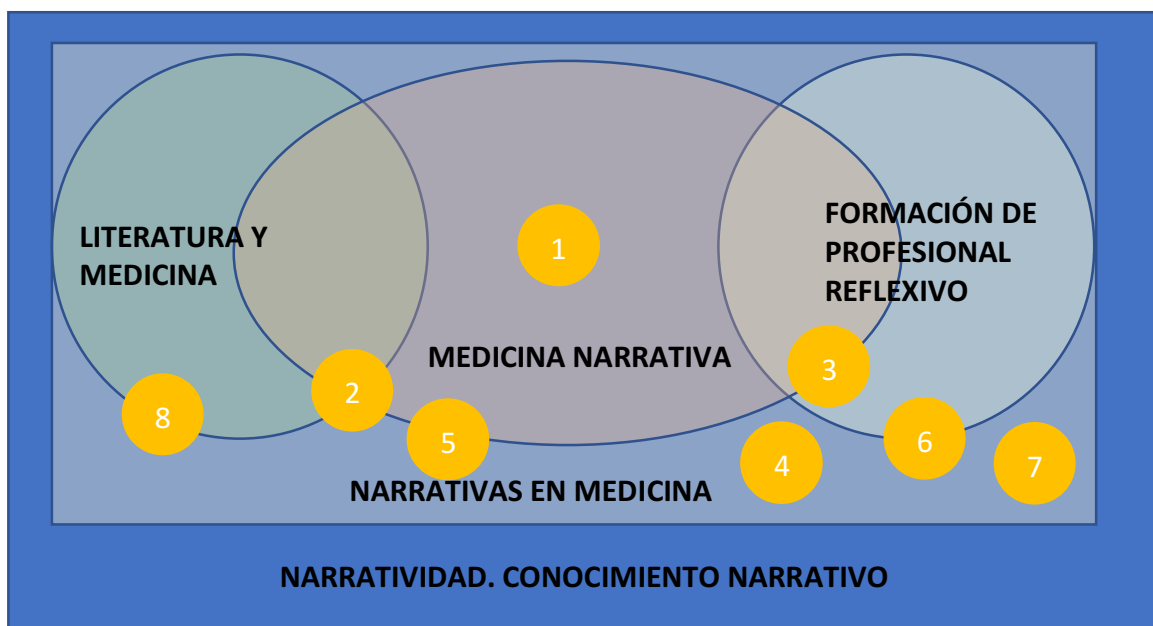


Figura 3. Localización de los diferentes autores en el marco teórico.

INVESTIGACIÓN EN LA EDUCACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS

Necesidad de investigar sobre educación de profesionales sanitarios

Actualmente no se discute la necesidad de que cualquier intervención diagnóstica o terapéutica sobre pacientes esté avalada por la evidencia científica. De hecho, se considera mala praxis utilizar medios que no cuenten con ese respaldo^d. Sin embargo, no se suele tener en cuenta que existen actuaciones indirectas que al final tienen un efecto en el paciente. Es el caso de la educación médica. Aunque la educación médica no se ejerce directamente en el paciente, su objetivo final incide en él. Las prácticas educativas en medicina, tanto en la formación pre-grado, en la especialidad como en la formación continuada siguen un esquema tradicional basado simplemente en un “*siempre se ha hecho así*”. Es decir, no se ha instaurado una cultura de la evidencia en educación médica con el mismo alcance que lo que ha ocurrido en la práctica clínica¹³⁵, principalmente por desconocimiento de que existen publicaciones sobre educación médica y por la creencia de que la cualificación profesional en un campo proporciona suficientes habilidades para enseñar en ese campo.

^d Art. 26.1 del Código de Deontología Médica: *El médico debe emplear preferentemente procedimientos y prescribir fármacos cuya eficacia se haya demostrado científicamente.* (disponible en https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf)

El número de publicaciones que abordan la educación médica ha aumentado^e y en estas revistas se publican experiencias docentes de variada índole.

Existen, sin embargo, iniciativas que buscan mejorar progresivamente la evidencia en la práctica docente médica, como la Colaboración *BEME (Best Evidence Medical Education)*^f, que busca sustituir el uso de evidencia anecdótica por la evidencia proveniente de la revisión sistemática de la literatura sobre educación médica, siguiendo el ejemplo de la Colaboración Cochrane para las intervenciones clínicas. Su objetivo es *el desarrollo de una educación informada por la evidencia en las profesiones sanitarias a través de la diseminación de información que permita [...] tomar decisiones en base a la mejor evidencia disponible, de la producción de revisiones que presenten la mejor evidencia disponible y cubran las necesidades del usuario y de la creación de una cultura de la educación basada en la mejor evidencia entre individuos, instituciones y gobiernos*¹³⁶.

La primera guía *BEME*¹³⁷ aborda la cuestión de la evidencia en la práctica docente en educación médica. Parte de la idea de que no existe una oposición entre la enseñanza basada en opiniones y la enseñanza basada en la evidencia, sino un continuo entre ambas. Cada práctica educativa se colocará más hacia un extremo u otro en función de la investigación realizada sobre esa práctica y será el enseñante el que tendrá que decidir qué aplica y qué no, en su contexto, con la evidencia disponible. La guía proporciona además un esquema de evaluación de la evidencia en educación médica que denominan *QUEST* (calidad, utilidad, extensión de la evidencia, fuerza de la evidencia, diana, contexto).

BEME ha publicado a lo largo de su historia (casi dos décadas) múltiples revisiones sobre diferentes temas de educación médica y varias guías metodológicas. Miembros de *BEME* han participado también en la elaboración de los estándares de calidad de publicación de síntesis de la evidencia en educación de profesionales de la salud¹³⁸. Sin embargo, no hay aún publicado ninguna revisión sobre la enseñanza de medicina narrativa, escritura reflexiva o literatura y medicina dentro de su catálogo.

^e Entre otras, podemos mencionar: *Academic Medicine, Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice, BMC Medical Education, The Clinical Teacher, Education for Primary Care, Education for Health, Journal of Continuing Education in the Health Professions, the Journal of Graduate Medical Education, Medical Education, Medical Education Online, Medical Teacher, Teaching and Learning in Medicine, Canadian Medical Education Journal, European CME, International Journal of Medical Education, Pedagogie Medicale, Perspective on Medical Education, Revista Argentina de Educación Médica, Revista de Educación en Ciencias de la Salud, Revista de Investigación en Educación Médica, Revista de la Fundación Educación Médica, South-East Asian Journal of Medical Education*

^f <https://www.bemecollaboration.org/>

Medicina Narrativa y evidencia de uso en educación.

La medicina narrativa tiene un recorrido de casi dos décadas, en las que se ha ido definiendo, modelando y extendiendo a diferentes contextos, participantes y objetivos. El trasfondo teórico ha proporcionado una justificación para su implantación, pero, como hemos visto, también en educación médica es necesario disponer de evidencia científica que avale el uso de la medicina narrativa como herramienta docente. Al contrario que ocurre con las novedades terapéuticas, que requieren disponer de evidencia para empezar a ser usadas, en educación la evidencia suele ir detrás de la implementación de innovaciones docentes. Por tanto, es imperativo disponer de información basada en la evidencia sobre el impacto de la medicina narrativa, con el fin de decidir sobre su extensión a otros contextos o grupos de interés.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN
Y OBJETIVOS

3 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

A partir de la fundamentación teórica y la historia de la aplicación de la medicina narrativa en educación médica en cualquiera de sus fases (grado, postgrado, formación continuada a lo largo de la vida) las preguntas de investigación que se plantean son las siguientes:

1. ¿Qué evidencia publicada sustenta el uso de medicina narrativa como herramienta docente en medicina?
2. ¿En qué contextos se aplica la medicina narrativa en educación médica?
3. ¿Qué resultados obtiene el uso de medicina narrativa en educación médica?
4. ¿Qué aceptación y resultados puede tener la formación en medicina narrativa en un contexto diferente al de su uso habitual como podría ser la formación médica continuada en atención primaria y con nuevas herramientas (e-learning)?

Los objetivos generales de este trabajo son:

1. Explorar el estado actual de uso y resultados de las técnicas relacionadas con la medicina narrativa en la formación médica (pre-grado, postgrado y formación continuada de médicos) mediante una revisión sistematizada.
2. Evaluar el impacto de una formación online en Medicina Narrativa de médicos de familia en ejercicio clínico en atención primaria.

Las preguntas específicas de cada parte del proyecto son:

- 1) Para la revisión sistematizada de la literatura:
 - a) ¿Qué publicaciones sustentan el uso de medicina narrativa como herramienta docente en medicina?
 - b) ¿En qué contextos se aplica la medicina narrativa en educación médica?
 - c) ¿Qué resultados obtiene el uso de medicina narrativa en educación médica?
- 2) Para el proyecto de intervención educativa con medicina narrativa en médicos de atención primaria:

- a) ¿Cuál es la factibilidad de la formación en medicina narrativa mediante tecnología online?
- b) ¿Cuál es el impacto de la formación en medicina narrativa en la empatía, burn-out y relación médico-paciente?
- c) ¿Se modifican las historias contadas por los profesionales tras la intervención educativa?

REVISIÓN SISTEMATIZADA DEL IMPACTO DE LA
FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA EN LA FOR-
MACIÓN MÉDICA.
SCOPING REVIEW

4 REVISIÓN SISTEMATIZADA DE LA LITERATURA: IMPACTO DE LA FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA A LO LARGO DE LA FORMACIÓN MÉDICA. SCOPING REVIEW

JUSTIFICACIÓN

La definición de medicina narrativa fue publicada en el año 2001. Desde entonces se han realizado talleres de formación en medicina narrativa en la Universidad de Columbia y se ha extendido el concepto y la metodología tanto por EEUU y Canadá como por el resto del mundo. El número de publicaciones que se refieren a medicina narrativa ha aumentado progresivamente (Gráfico 1). Dado que la aplicación más frecuente de la medicina narrativa se realiza en educación de profesionales sanitarios, tras más de 15 años de evolución, merece la pena revisar toda la evidencia publicada para conocer qué se ha hecho y qué resultados se han obtenido, antes de continuar con la expansión.

Hasta el momento solo se ha publicado una revisión en el año 2017 con el objetivo de ver si la medicina narrativa promueve un cuidado más compasivo¹³⁹.

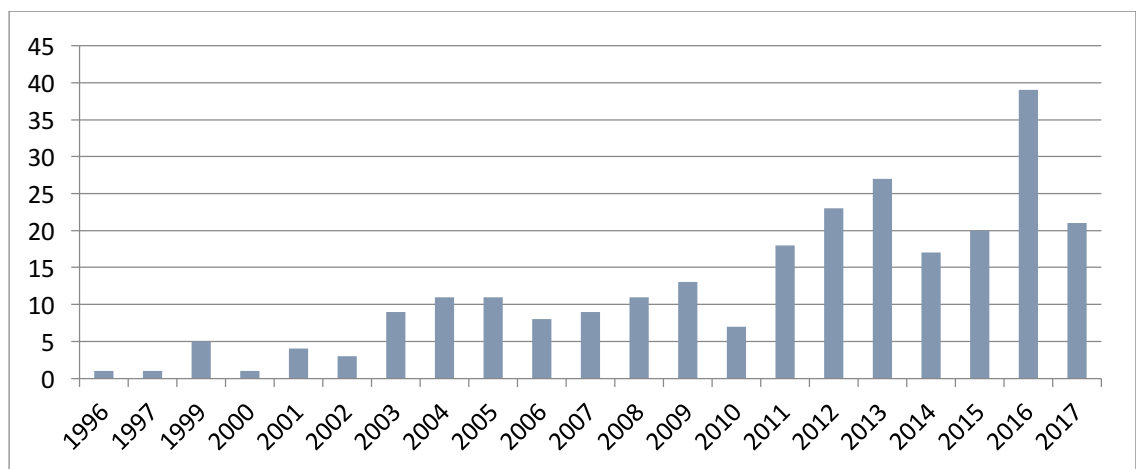


Gráfico 1. Número de artículos en PubMed bajo la búsqueda: "narrative medicine" OR "narrative-based medicine" OR "narrative based medicine". Búsqueda realizada el 18 de mayo de 2017.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación que guían este trabajo son:

1. ¿Qué publicaciones sustentan el uso de medicina narrativa como herramienta docente en medicina?
2. ¿En qué contextos se aplica la medicina narrativa en educación médica?

3. ¿Qué resultados obtiene el uso de medicina narrativa en educación médica?

Es decir, queremos saber qué se hace, con quién, dónde y qué resultados se obtienen.

MÉTODO DE REVISIÓN Y SÍNTESIS

Se trata de un área de investigación heterogéneo, con diversos diseños de intervención (la variedad de modelos formativos es elevada) y evaluación (cualitativa y cuantitativa con diferentes medidas de resultado), por lo que, si nos atenemos a las recomendaciones de Booth y cols., sería más adecuado enfocar esta revisión como una revisión interpretativa o configurativa, cuyo objetivo es “*ampliar nuestra comprensión de una intervención particular o un fenómeno*”¹⁴⁰.

Este mismo autor diferencia entre revisiones sistemáticas, que siguen estrictamente el protocolo marcado por la Colaboración Cochrane¹⁴¹ de las revisiones o abordajes sistematizados, en las que se realiza un abordaje similar en cuanto a los principios fundamentales (explícitos, transparentes, metódicos, objetivos, reproducibles, estandarizados, estructurados) en uno o más de sus componentes (búsqueda de la literatura, valoración de la calidad, síntesis, análisis y/o presentación de resultados)¹⁴⁰.

A la hora de decidir qué tipo de revisión es la más adecuada para una pregunta de investigación hay que tener en cuenta diferentes factores, entre ellos, el estado de la investigación en el campo, el tipo de investigación que aborda ese problema concreto, los objetivos de la revisión y los recursos disponibles.

En este caso, se ha optado por realizar una revisión tipo “*Scoping Review*”⁸ incluyendo tanto estudios cualitativos como cuantitativos. Para la síntesis de resultados y siguiendo las recomendaciones de Booth¹⁴⁰ se ha elegido utilizar el análisis temático.

“*Scoping Review*” es una *metodología sistemática de síntesis de conocimiento que aborda una pregunta de investigación exploratoria con el objetivo de mapear conceptos clave, tipos de evidencia y vacíos en la investigación en un área definida o campo mediante la búsqueda, selección y síntesis sistemática del conocimiento existente*¹⁴⁷. Es relevante especialmente para campos emergentes con una elevada diversidad metodológica¹⁴⁷ lo que los hace muy adecuados en el campo de la investigación en educación médica¹⁴⁸.

El *Scoping Review* fue definido por primera vez por Arksey y O’Malley¹⁴⁹ en el 2005 y ya presentaron una propuesta de pasos a seguir para realizarlos. Este marco ha sido analizado críticamente por autores posteriores y se han propuesto modificaciones

⁸ No existe un término ampliamente aceptado en castellano para traducir “*Scoping review*”. Se ha utilizado “revisión sistemática exploratoria¹⁴²”, pero la mayoría de artículos publicados en castellano utilizando este método se refieren a él en su forma inglesa¹⁴³⁻¹⁴⁶.

no sustanciales que buscan mejorar la metodología^{147,150}. El número de publicaciones que utilizan esta metodología ha ido aumentando progresivamente¹⁵¹. Actualmente hay en marcha un proyecto para definir los estándares de publicación. Algunos organismos, como el Instituto Joanna Briggs ha publicado sus propios estándares metodológicos sobre el tema¹⁵².

Arksey y O'Malley definieron cuatro objetivos¹⁴⁹ para un *scoping review*:

1. *Evaluar la extensión, rango y naturaleza de una actividad e investigación [...] mapear un campo de estudio.*
2. *Determinar el valor de realizar una revisión sistemática completa*
3. *Resumir y diseminar hallazgos de investigación*
4. *Identificar vacíos en la investigación en la literatura publicada*

Más adelante Khalil et al. lo han resumido en dos: *reconocer para clarificar el trabajo, las definiciones y las fronteras conceptuales de un tópico o campo* y para las ocasiones en las que *un campo de literatura no ha sido exhaustivamente revisado o presenta una naturaleza compleja o heterogénea no adecuada para un revisión sistemática más precisa*¹⁵³.

Las fases que se han identificado a la hora de realizar un *scoping review* son las siguientes^{149,150,153}:

- Identificar la pregunta de investigación, clarificar y unir el objetivo y las preguntas
 - Identificar los estudios relevantes. Balancear viabilidad con amplitud y exhaustividad.
 - Seleccionar los estudios usando trabajo en equipo.
 - Extraer los datos, en formato narrativo y tabular.
 - Reunir, resumir e informar los resultados para identificar las implicaciones de los hallazgos
- Ejercicio de consulta (opcional): los resultados se presentan a los grupos de interés con el fin de recabar su opinión sobre el resultado.

Para este trabajo se han seguido todos los pasos excepto el último.

Está en discusión si un *scoping review* debe o no llevar un análisis de resultados formal. Algunos autores no incluyen dicha evaluación^{149,154}, otros no descartan que se incluya una evaluación de resultados, incluyendo la recomendación de realizar un aná-

lisis temático¹⁵⁰. En una revisión sobre *scoping review* se encontró que el 5,8% tenía alguna evaluación formal de resultados, más allá de la descripción de los artículos encontrados¹⁵¹. Esto se debe a que, para la mayoría de artículos, el objetivo tiene más que ver con mapear la evidencia disponible que con buscar resultados específicos sobre el tema.

Dada la imposibilidad de conocer el tipo de artículos que se seleccionarán hasta que se haya realizado el proceso, la elección del método de síntesis de resultados se hizo una vez seleccionados los artículos.

Existen múltiples metodologías de síntesis de estudios cualitativos: la meta-síntesis, la meta-etnografía, el meta-estudio, la meta-interpretación, la revisión agregativa, el método bayesiano, métodos de revisión, revisión integrativa y meta-análisis cualitativo¹⁵⁵. En revisiones sistemáticas en el área de educación de profesionales de la salud se han utilizado tres métodos de síntesis de datos cualitativos: la síntesis temática, la meta-etnografía y la revisión realista¹⁵⁶.

Booth propone un esquema de decisión sobre el método de síntesis a utilizar, en función del tipo de datos y otras características. Para una revisión que incluye tanto datos cualitativos como cuantitativos, en la que el objetivo no es generar o validar una teoría, propone el uso de síntesis narrativa o síntesis temática¹⁴⁰. Para integrar los resultados cualitativos y cuantitativos en una revisión mixta se han propuesto varias posibilidades: desde la realización de dos revisiones paralelas hasta métodos integrativos mediante la traducción de datos, pasando por métodos propios de la investigación cualitativa como el análisis temático, la meta-etnografía, la síntesis realista, etc.^{140,157}.

El EPPI Center (*Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre*) propone una metodología para abordar las revisiones mixtas utilizando una vía doble: una revisión sistemática cualitativa y otra revisión sistemática cuantitativa, con una síntesis final de los resultados¹⁵⁸.

Para esta revisión, y una vez conocida la proporción de estudios cualitativos y cuantitativos incluidos, se ha decidido utilizar esta doble vía. Para la síntesis de estudios cualitativos se utilizará el método de síntesis temática y para los estudios cuantitativos se utilizará una síntesis narrativa.

La síntesis temática (también llamada, en ocasiones, análisis temático por similitud con el método de investigación primario) es una metodología de síntesis de estudios cualitativos y mixtos que se asemeja al proceso de análisis temático de la investigación primaria cualitativa. *Tiende a trabajar con, y reflejar directamente, la idea principal y las conclusiones a través de un cuerpo de evidencia, buscando lo que es prominente más que desarrollando un orden superior, nuevas explicaciones para los hallaz-*

gos que no aparecen en alguno de los estudios publicados de estudios individuales¹⁵⁸. La síntesis temática incluye una serie de pasos¹⁵⁹:

- Selección de artículos
- Valoración de la calidad
- Extracción de datos, mediante la codificación del texto incluido en los apartados de hallazgos, resultados o similares.
- Desarrollo de temas descriptivos
- Desarrollo de temas analíticos

La síntesis narrativa es un *abordaje en el que se hace uso de palabras y texto para resumir y explicar los hallazgos de múltiples estudios*¹⁵⁸.

Para la presentación de la revisión se ha optado por seguir las recomendaciones de STORIES (estándares de publicación para las síntesis de videncias en educación de profesionales sanitarios)¹³⁸.

MÉTODOS:

Búsqueda de la información

Siguiendo las recomendaciones de la BEME Collaboration¹⁶⁰, se realizó una búsqueda en varias bases de datos (médicas y de educación), con fecha límite el 30 de septiembre de 2016.

- PubMed
- EMBASE
- ERIC
- PsychINFO
- CINAHL

En el anexo I se encuentran las estrategias de búsqueda para cada base de datos.

Extracción de datos

Se consideraron resultados de investigación los incluidos en los apartados denominados: evaluación (o evaluación del programa), resultados, análisis de escritos, hallazgos. En un caso, el apartado de resultados lleva el título de “¿Qué han aprendido

los estudiantes?” y en dos casos los resultados se presentaban en el mismo apartado que la descripción del programa⁶.

Se leyeron de manera iterativa los resultados codificándolos en temas. Se actualizaron los temas a medida que se iban analizando nuevos resultados. Se hizo una lectura repetida de las citas extraídas con el fin de colocarlos en los temas más adecuados a medida que se iba alcanzando una comprensión global. Se creó un mapa de temas^h con las citas referidas a cada uno (Anexo II: Mapa de temas). A partir de ese mapa se elaboró un esquema estático mediante la agrupación de los diferentes temas y, posteriormente, se elaboró un esquema interpretativo a partir de los datos recopilados.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Los autores definen su proyecto como de Medicina Narrativa. No se han definido en la literatura unos criterios claros para considerar que una intervención educativa es o no medicina narrativa. Ya hemos visto que estudios similares se consideran o no medicina narrativa en función del marco teórico elegido por sus autores. Por ello, para considerar que una intervención educativa entra en el marco de la medicina narrativa, los autores deben especificarlo en la introducción, justificación o metodología.
- Se ha realizado una intervención formativa sobre Medicina Narrativa o con la Medicina Narrativa como herramienta principal (cualquier duración y contenido).
- La intervención se ha realizado con médicos en cualquier etapa de su proceso de formación o carrera profesional (estudiantes de pre-grado, grado, residentes o en formación médica continuada). Si la intervención es mixta, se dan resultados separados para el grupo de médicos.
- Se presenta una evaluación estructurada de la intervención educativa, mediante técnicas cualitativas o cuantitativas explicadas en el artículo.

Criterios de exclusión:

Para decidir si un artículo debía ser o no incluido se utilizó un sistema de jerarquía de exclusión, de modo que si un artículo incumplía un criterio de orden superior ya no se valoraban el resto de los criterios¹⁶¹. De este modo, antes de excluir un artículo por el no ya se había evaluado el resto de criterios. El orden de exclusión fue el siguiente:

^h Para crear el mapa de temas se recurrió a la técnica denominada “mapas mentales”, utilizado como herramienta el software *iMindMap Ultimate*® versión 8.

- 1º. No tiene como tema principal la Medicina Narrativa
- 2º. No incluye una intervención educativa.
- 3º. Se dirige a otros profesionales no médicos (o estudiantes de medicina) o es interprofesional.
- 4º. La evaluación no se presenta de forma estructurada y transparente, es solo un ensayo de opiniones de los autores, se comentan solo ejemplos concretos (casos) dentro de programas amplios, no se evalúa, no se dan datos en evaluación cuantitativa, no se detalla el proceso seguido para la evaluación cualitativa.
- 5º. El artículo es previo a 2001 (se ha escogido esta fecha por ser en la que se publicó la definición de Medicina Narrativa utilizada en este trabajo, por R. Charon)
- 6º. El artículo no está en los siguientes idiomas: inglés, español, francés, portugués, italiano, catalán.
- 7º. No ha sido posible disponer del texto completo.

El proceso de revisión, inclusión y exclusión de artículos fue realizado por la investigadora en colaboración con el resto del equipo.

Valoración de la calidad

Siguiendo las recomendaciones para la realización de revisiones sistematizadas tipo “scoping review” y previendo heterogeneidad en métodos y resultados, no se realizó evaluación formal de la calidad de los artículos, excepto en lo previsto en los criterios de exclusión, en los que se especificó no incluir artículos en los que no se describe la estructura formal de la revisión.

Método de síntesis de resultados

Como ya se ha explicado, los resultados se han sintetizado por una doble vía :

- Estudios cualitativos: se ha realizado una síntesis temática.
- Estudios cuantitativos: por la elevada heterogeneidad y el escaso número, se ha optado por una síntesis narrativa

RESULTADOS

Se obtuvieron 916 referencias (Figura 4). Distribuidas de la siguiente manera:

- PUBMED: 283
- EMBASE: 88

- ERIC: 64
- PsychINFO: 259
- CINAHL: 222

Se eliminaron mediante el gestor de referencias Zotero 121 duplicados. De las 916 referencias restantes se excluyen por título y abstract 541. Se obtuvieron 254 artículos completos. Tras la revisión se excluyeron 239, por los siguientes motivos:

- No es medicina narrativa: 149
- No intervención educativa: 48
- No dirigidos exclusivamente a médicos: 8
- No se presenta una evaluación estructurada o los detalles no permiten evaluar su calidad: 23
 - Artículos previos a 2001: 1
 - No idioma: 2
 - Duplicado: 1

Quedaron 15 artículos incluidos.

De la revisión de bibliografía cruzada (técnica de bola de nieve) se incluyen 4 artículos más.

En total se incluyeron en la revisión 19 artículos.

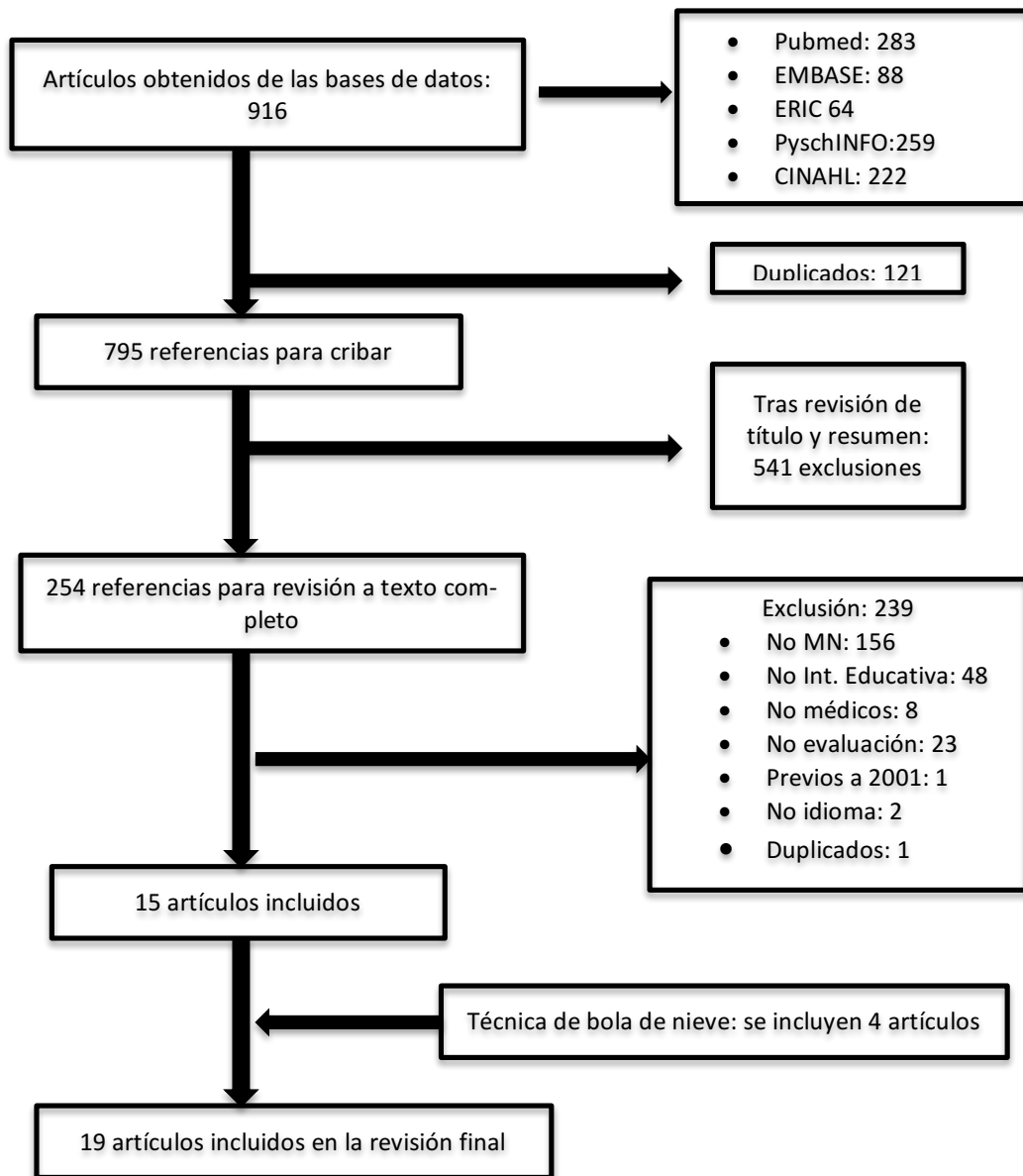


Figura 4. Diagrama de selección de artículos

Artículos incluidos

Los artículos incluidos son los siguientes (por orden cronológico de publicación):

1. DasGupta S, Charon R. *Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy*. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. abril de 2004;79(4):351-6.
2. Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA. *Illness in context and families as teachers: a year-long project for medical students*. Academic Medicine. 2005;80(5):448-51.

3. Feigelson S, Muller D. «*Writing About Medicine*»: an exercise in reflection at Mount Sinai (with five samples of student writing). Mt Sinai J Med. septiembre de 2005;72(5):322-32.
4. Clandinin D, Cave M, Cave A, Thomson A, Bach H. *Learning Narratively: Resident Physicians' Experiences of a Parallel Chart Process*. The Internet Journal of Medical Education [Internet]. 2009;1(1). Disponible en: <http://ispub.com/IJME/1/1/12898>.
5. Winkel AF, Hermann N, Graham MJ, Ratan RB. *No Time to Think: Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency*. Journal of Graduate Medical Education. 2010;2(4):610-5.
6. Garrison D, Lyness JM, Frank JB, Epstein RM. *Qualitative Analysis of Medical Student Impressions of a Narrative Exercise in the Third-Year Psychiatry Clerkship*: Academic Medicine. enero de 2011;86(1):85-9.
7. Misra-Hebert AD, Isaacson JH, Kohn M, Hull AL, Hojat M, Papp KK, et al. *Improving empathy of physicians through guided reflective writing*. International Journal of Medical Education. 9 de abril de 2012;3:71-7.
8. Tsai S-L, Ho M-J. *Can narrative medicine training improve OSCE performance?* Medical Education. 1 de noviembre de 2012;46(11):1112-3.
9. Liben S, Chin K, Boudreau JD, Boillat M, Steinert Y. *Assessing a faculty development workshop in narrative medicine*. Medical Teacher. diciembre de 2012;34(12):e813-e819.
10. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. *L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ?* La Presse Médicale. enero de 2013;42(1):e1-e8.
11. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. *Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies*. Patient Education and Counseling. junio de 2013;91(3):280-6.
12. Thomson A, Harley D, Cave M, Clandinin J. *The enhancement of medical student performance through narrative reflective practice: a pilot project*. Canadian medical education journal. 2013;4(1):e69.
13. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. *Sounding Narrative Medicine: Studying Students' Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons*. Academic Medicine. febrero de 2014;89(2):335-42.
14. Karkabi K, Wald HS, Cohen Castel O. *The use of abstract paintings*

and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop. Medical humanities. junio de 2014;40(1):44-8.

15. McDonald P, Ashton K, Barratt R, Doyle S, Imeson D, Meir A, et al. *Clinical realism: a new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students. BMC Medical Education. 2015;15(1).*

16. Chretien KC, Swenson R, Yoon B, Julian R, Keenan J, Croffoot J, et al. *Tell Me Your Story: A Pilot Narrative Medicine Curriculum During the Medicine Clerkship. Journal of General Internal Medicine. 2015;30(7):1025-8*

17. Winkel AF, Feldman N, Moss H, Jakalow H, Simon J, Blank S. *Narrative Medicine Workshops for Obstetrics and Gynecology Residents and Association With Burnout Measures: Obstetrics & Gynecology. octubre de 2016; 128:275-335.*

18. Kissler MJ, Saxton B, Nuila R, Balmer DF. *Professional Formation in the Gross Anatomy Lab and Narrative Medicine: An Exploration. Academic Medicine. junio de 2016;91(6):772-7.*

19. Al-Imari L, Yang J, Pimlott N. *Peer-support writing group in a community family medicine teaching unit: Facilitating professional development. Canadian Family Physician. diciembre de 2016;62(12):e724-e730.*

Características de los artículos incluidos

Las características de los 19 artículos incluidos^{28,55-61,105,106,162-170} son las siguientes:

- **AÑO DE PUBLICACIÓN:** Se puede observar que el número de artículos aumenta a medida que progresa el tiempo (Gráfico 2) lo que nos indica un mayor interés por evaluar de manera formal los proyectos en marcha en el campo de la formación en medicina narrativa.



Gráfico 2. Distribución de los artículos seleccionados por año de publicación

- **IDIOMA Y PROCEDENCIA:** El grueso de los artículos está publicado en inglés (Gráfico 3) y proceden de los EE.UU. (Gráfico 4) (4 de los 19 proceden de la misma institución académica, la Universidad de Columbia, generadora del concepto de medicina narrativa). Aunque en el proceso de revisión he encontrado otros ejemplos publicados en español¹⁷¹ y portugués¹⁷², ninguno de ellos cumplía con todos los criterios de inclusión para los objetivos de esta investigación.

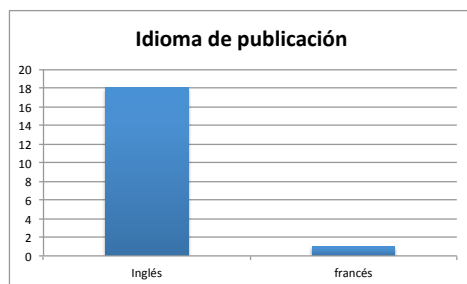


Gráfico 3. Idioma de publicación de los artículos seleccionados

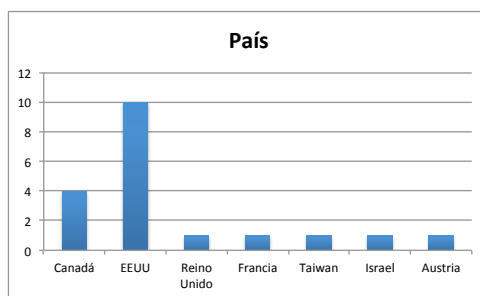


Gráfico 4. País en el que se ha realizado la intervención educativa

- **PUBLICACIONES DE ORIGEN:** Las revistas en las que se publican son variadas (Tabla 1), destacando *Academic Medicine* (5 artículos) y, especialmente, el área de las publicaciones dedicadas a la formación médica (13 artículos en 8 revistas).

Tabla 1. Publicaciones de origen de los artículos

Publicación	Nº artículos
<i>Academic Medicine</i>	5
<i>BMC Medical Education</i>	1
<i>Canadian Family Physician</i>	1
<i>Canadian Medical Education Journal</i>	1
<i>International Journal of Medical Education</i>	1
<i>Journal of General Internal Medicine</i>	1
<i>Journal of Graduate Medical Education</i>	1
<i>La Presse Medicale</i>	1
<i>Medical Education</i>	1

<i>Medical Humanities</i>	1
<i>Medical Teacher</i>	1
<i>Obstetrics and Gynecology</i>	1
<i>Patient Education and Counseling</i>	1
<i>The Internet Journal of Medical Education</i>	1
<i>The Mount Sinai Journal of Medicine</i>	1
Total general	19

- TIPO DE EVALUACIÓN: La mayoría de los artículos presentan una evaluación de tipo cualitativo (13), uno presenta una evaluación mixta, y 5 presentan evaluaciones cuantitativas (Tabla 2). Uno de los artículos¹⁶⁷ se define como “investigación mixta” con un apartado denominado “cualitativo” y otro “cuantitativo”. Sin embargo, lo que denomina “cualitativo” no se corresponde con un método de investigación cualitativa, sino con la evaluación cuantitativa de variables cualitativas mediante escalas tipo Likert.

Tabla 2. Tipo de investigación usada en la evaluación.

Tipo investigación	Total
Cualitativo	13
Cuantitativo	5
Mixto*	1
Total general	19

- PARTICIPANTES IMPLICADOS: Los alumnos a los que se dirigen las actividades (Tabla 3)son predominantemente estudiantes de medicina y médicos internos residentes.

Tabla 3. tipo de alumnos a los que se dirigió la actividad

Tipo de alumnos	Nº
Estudiantes	11
Médicos	2
Mixto*	2
Residentes/Internos	4
Total general	19

* Ambos incluyeron médicos residentes y médicos especialistas.

El número total de alumnos implicados (Tabla 4) en las actividades incluidas es de 1256 (uno de los artículos⁵⁶ no incluye el número total de estudiantes incluidos en la actividad). La actividad con más alumnos incluidos es de 700. La que menos, con 6. En cuanto a la evaluación, la que implica más partici-

pantes, incluye 139 (123 en grupo control) y 130. La que menos 6 (corresponden al 100% de los alumnos implicados en la actividad).

Tabla 4. Número de participantes en las actividades formativas y en las evaluaciones de las actividades

	Participantes en cursos	Participantes en evaluaciones
DasGupta S, 2004	16	11
Gaver A, 2005	no consta	40
Feigelson S, 2005	8	8
Clandinin D, 2009	11	11
Winkel AF, 2010	20	18
Garrison D, 2011	46	44
Misra-Herbert AD, 2012	19	39
Tsai SL, Ho MJ, 2012	15	54
Liber S, 2012	53	53
Goupy F, 2013	40	40
Arntfield S, 2013	12	12
Thompson A, 2013	16	139
Miller E, 2014	146	130
Karkabi K, 2014	23	23
McDonald P, 2015	6	6
Chretien KC, 2015	47	31
Winkel AF, 2016	66	66
Kissler M, 2016	700	17
AL-Imari L, 2016	8	8
Total	1252	750

- TIPOS DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS: Se detectaron 5 tipos de actividades incluidas en las diferentes experiencias formativas (combinadas de diferente manera):

- Lectura de textos literarios
- Escritura reflexiva
- Escritura creativa
- Historias recogidas de los pacientes (*Parallel Charts* o entrevista).
- Actividad grupal.

Cada curso incluye al menos una de las actividades, pero suele incluir más.

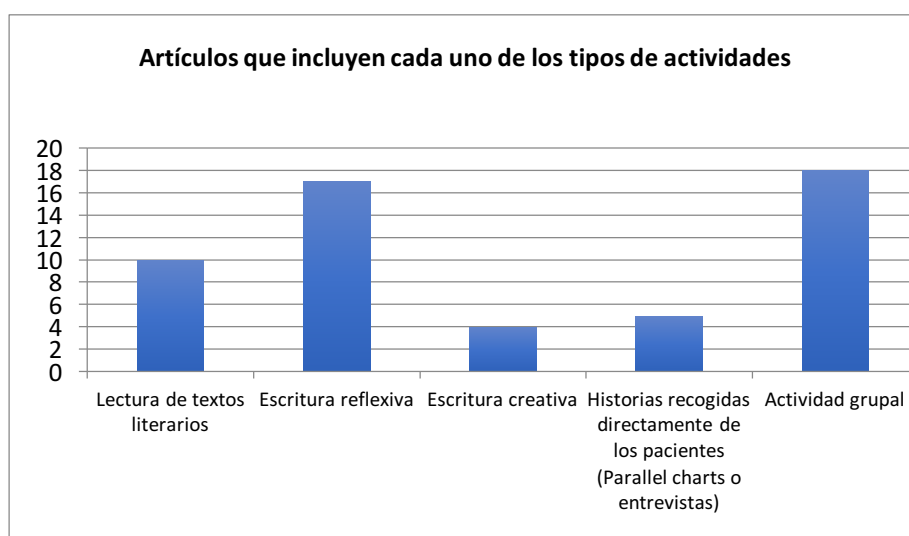


Gráfico 5. Número de artículos que incluyen cada una de los tipos de actividades utilizadas

En la siguiente tabla se incluyen las actividades utilizadas por cada uno de los autores. La actividad predominante es la inclusión de actividad grupal (18) y de escritura reflexiva (17). Sin embargo, solo la mitad (10) incluye lectura atenta de textos literarios.

Tabla 5. Tipos de actividades educativas incluidas en cada uno de los artículos

	Lectura de textos literarios	Escritura reflexiva	Escritura creativa	Historias recogidas de los pacientes	Actividad grupal
DasGupta S, 2004 ⁵⁵	X	X			X
Gaver A, 2005 ⁵⁶		X		X	
Feigelson S, 2005 ⁵⁷	X	X			X
Clandinin D, 2009 ¹⁶⁵		X		X	X
Winkel AF, 2010 ¹⁶⁷	X	X			X
Garrison D, 2011 ⁵⁸				X	X
Misra-Herbert AD, 2012 ⁶¹	X	X			X
Tsai SL, 2012 ¹⁶³		X			X
Liben S, 2012 ¹⁶²	X	X			X
Goupy F, 2013 ¹⁶⁴	X	X			X
Arntfield S, 2013 ¹⁶⁶	X	X			X
Thomson A, 2013 ¹⁶⁹		X		X	X
Miller E, 2014 ²⁸	X	X	X		X
Karkabi K, 2014 ¹⁷⁰		X			X
McDonald P, 2015 ¹⁰⁶		X	X		X
Chretien KC, 2015 ⁵⁹		X		X	X

Winkel AF, 2016 ¹⁶⁸	X	X	X		X
Kissler M, 2016 ⁶⁰	X	X			X
Al-Imari L, 2016 ¹⁰⁵			X		X

Análisis temático de estudios cualitativosⁱ

Los datos fueron extraídos y ordenados por temas en un mapa de temas (Anexo II: Mapa de temas). A partir del análisis descriptivo de los temas extraídos se ha realizado un análisis interpretativo para obtener un marco de interpretación del impacto de la formación en medicina narrativa.

Los temas que destacan en la revisión de los artículos incluidos son los siguientes:

- Características de la formación
- Barreras en la formación
- Atención
- Representación
- Emociones
- Adquisición de conocimientos
- Reflexión
- Toma de perspectivas
- Empatía
- Profesionalismo
- Relación médico(estudiante)-paciente
- Impacto en los pacientes
- Identidad grupal
- Transformación

1. **CARACTERÍSTICAS DE LA FORMACIÓN EN MEDICINA NARRATIVA:** los participantes refieren que las condiciones de aprendizaje que replican las habilidades a aprender son uno de los elementos positivos (escuchar, representar/escribir, ambiente no competitivo, que obliga a plantearse perspectivas múltiples, libertad, exploración de uno mismo)^j, en un ambiente seguro^k. Por otro lado, también refieren que este tipo

ⁱ Las citas que apoyan el análisis están anotadas a pie de página en su idioma original y proceden de los artículos con metodología cualitativa incluidos en la revisión.

^j " the process of teaching narrative medicine replicates the very skills it seeks to teach".¹⁶⁶

...
Practicing the skills of listening to and valuing both narratives and the people who share them *inside* the classroom was felt to enable the same process outside the classroom" ¹⁶⁶

de actividades dan sustento formal a actividades de reflexión (un proceso formal)^l y permite experimentar otras formas de aprender poco habituales en la facultad de medicina^m. Dan una importancia especial a la parte compartida (actividad grupal)ⁿ. Como desafío está el hecho de que no todos los pacientes son sentidos como adecuados para las actividades narrativas que implican entrevistar a un paciente y que se percibe una falta de legitimidad externa^o, así como que este tipo de actividades pueden ser difíciles^p. Muchos recomendarían la extensión de la actividad o repetirían en futuras ocasiones^q

2. **BARRERAS DE LA FORMACIÓN:** la formación en medicina narrativa no está exenta de dificultades. Las barreras o retos que expresan los participantes tienen que ver con dificultades para conectar la formación en medicina narrativa con la prác-

...a pedagogy that relies on learning from one another through interaction and reflection, rather than rigid subscription to particular teaching content [...] and a non-competitive environment in which diverse viewpoints, experiences and ideas are shared and valued" .166.

The dividends of narrative medicine coursework were reported to be dependent on this collegial, process-oriented atmosphere: "[we learned] *from us interacting with each other, from sharing our own experiences and relating to each other's experience*"

Positive contact with faculty⁵⁷

This was different because first of all, we were allowed to say what we had to say about a specific topic. There were questioning on your end but more on the sense of trying to push us to explore our interpretation, experience, feelings, for ourselves" ¹⁶⁵

k "the intimacy and safety of the setting was vital to making the experience worthwhile" ⁵⁵

l They need more than just time to reflect: they also needed a formalized process for reflection and a willingness to participate in the reflective process. ¹⁶⁵

m Students found that reflection and creativity enriched their training beyond what the standard first-year curriculum provided ⁵⁷

the utility of experiencing a different way of learning while in the preclinical years of medical school, and identifying the seminars as a place to consider topics that can be difficult to broach in the traditional classroom setting. "death has different meanings for some people, you know....it's sort of a space that is not ordinarily share, especially amongst people that you aren't very close to" ²⁸

He commented on needing to learn a new way of writing that drew on tacit knowing rather than on the technical content knowledge he learned in medical school.¹⁶⁵

n "able to talk about it, I think that adds a different element to it"; "the sharing part is actually more important than anything..." "It's the writing, the speaking it, the hearing it reflect back at you and the comments of your colleagues"¹⁶⁵

o "[I'm frustrated by] the message that narrative medicine is like an extra thing that's not as critical to be a doctor...if there is a component that was mandatory for everyone, it would increase the legitimacy of the practice" ¹⁶⁶

p the training was "difficult" and "rigorous"¹⁶⁶

q The illness exercise was recommended by all ten students who responded this question⁵⁵

Seven out of 8 participants were satisfied with the PSWG (peer-support writing group) and open to engaging in future PSWGs ¹⁰⁵

tica^r o no percibieron resultados^s. Puede ser difícil seleccionar pacientes para las actividades en las que se les entrevista^t y también es difícil disponer de tiempo para ello, especialmente una vez en la vida real^u. También aparece la sensación de ser una actividad demasiado estresante^v y, en los casos en que es de corta duración, fue difícil sentirse cómodos para compartir^w. Aparece también la cuestión del reconocimiento externo. Algunos estudiantes sienten que sus compañeros no dan valor a la formación en medicina narrativa^x

3. **ATENCIÓN:** la formación en medicina narrativa produce una mejora de la capacidad de atención, es decir, de estar presentes en la relación con los otros (pacientes y compañeros). Fueron conscientes de la importancia de escuchar^y, de la habilidad necesaria para hacerlo, incluso cuando el tiempo es escaso^z, y a estar más enfocados hacia las emociones y sentimientos, y de que estaban aprendiendo a hacerlo. También aprendieron a percibir mejor personas, textos y materiales visuales^{aa}. Este efecto ocurre tanto con los pacientes como con los compañeros^{bb} en el proceso de aprendizaje. Se produce un cambio desde solo mirar a sentir^{cc}. El proceso les ha obligado a fijarse

r Some students challenged an easy connection to medicine or medical education" "I thought it's was kind of cheapening it a little [to look at the patient]"28

s "...did not feel their student-patient relationship had changed"59

t "selecting a patient was sometimes difficult" 59

u "difficulties in applying the activity in the future, given time constraints" "...it really is a struggle, unrealistic, in a real-world setting to have the time to do this, but I mean it is a great activity if you do have time." 59

"suggested lack of time for reading or writing associated with regret at this lack of time and a desire to read again."166

v "affiliation brought some students too close for comfort. With peer critiques becoming a source of stress"28

w "...the duration was too short to become comfortable with sharing their work"105

x "'fluffy, unnecessary and touchy-feely" "Some students reported that participation might "make it harder to relate to our peers" because "they haven't had that experience, and don't value that viewpoint." "[I'm frustrated by] the message that narrative medicine is like an extra thing that's not as critical to being a doctor. . ."166

y Students volunteered that the training demonstrated the "importance of listening" consideration for the "telling of stories", the ability to listen and attend closely to narratives166

Been able to understand narrative will make me a better listener and a better provider"166

"I realized that I know how to listen to people's problems and I have learned how to do it better"56

z)"It seem like when you're in a hospital, you have like you know, 10 minutes or whatever per patient, but I think this made me more kind of observant...I started to notice like smaller details that I never would have noticed before"28

aa Each means of attention enhanced perception of persons, texts or visual materials28.

bb "seeing that there's so much more to that person than just a scientist or a student"28

cc " the student's capabilities are enhanced by a figurative new power of sight; [...] by narrating a shift from "seeing" to "feeling" [...] seeing is a necessary bridge between ignorance and clinical facility". "I could see that they do, and so I am better able to feel it"60

más y estar atentos a su propia práctica clínica^{dd}. Esto hace que también sean capaces de reconocer lo singular de cada persona^{ee}.

4. **REPRESENTACIÓN:** el acto de representar, escribir, lo percibido, provoca un proceso de descubrimiento interior, desvela las ideas de las que no eras consciente previamente y permite expresar emociones y pensamientos complejos^{ff}. Este proceso se percibe como útil^{gg}. A la vez, el hecho de escribir desata la necesidad de escribir más^{hh}. Los textos que se escriben son muy variados. En un caso se clasificaron como simplemente “de hechos”, “introspectivos” (con mayor carga emocional y reflexiva) y libresⁱⁱ. Los alumnos, en ocasiones, escriben más sobre experiencias negativas que positivas^{jj}. Escribir permite examinar los retos, la capacidad de compasión y construir planes de acción^{kk}. Y ayuda a desencadenar el proceso de reflexión^{ll}

5. **EMOCIONES:** la formación en medicina narrativa, probablemente por las características que tiene, desata emociones en los participantes^{mm}. Aparecen tanto emociones positivas como negativas y también un proceso de cambio en esas emociones según evoluciona la formaciónⁿⁿ. Incluso se reconoce la existencia de una situación previa de indiferencia emocional^{oo}. Escribir se percibe como un proceso con impacto emocional, pero también leer y escuchar lo que otros leen^{pp} (y el uso de otros produc-

dd "It allowed me to connect with the patient in a different format. I felt more focused on emotions and feelings. I enjoyed understanding the patient' perspective"58

ee "You know it's there and then all of a sudden they read their story and you see the other half" 165

ff "Students found writing to be an avenue to discover their own ideas, to perceive what they otherwise might have missed, and to express out of themselves some complex thoughts and emotions"

gg I found it useful to kind of encapsulate everything from one experience into a page or two of writing and share it with other people" 28

hh "...the PSWG inspired them to write more"105

ii "Responses could be characterized as "matter-of-fact", "introspective" or "free/playful""60

jj "Those [texts] exploring negative emotions outnumbered the pieces exploring positive ones"61

kk "The writing helped me organize and find a solution". "Very therapeutic. I wrote on a bad experience but at the end we were laughing at it". 170

ll "Being forced into the habit of writing more...it's a good way to process things you are dealing with...[...]Writing it [a lot a tough spot in medicine] out may be a good way to do that "166

mm "For me, it was definitely the highlight of the semester. It was the only class I really enjoyed." "We all loved, like, waiting for Tuesday to come and [read] stories"28

nn "The positive reactions were pride, enlightenment, healing, accomplishment, relief, clarification... and growing confidence. The challenging reactions were vulnerability, embarrassment, detachment, exposure, confusion, resentment, fear and difficulty" "I felt embarrassed and sometimes resentful. However, I was proud of what I was able to write" "It was frightening, enlightening, uncomfortable, and ultimately very healing"55

oo "...even recognizing a previous sense of emotional detachment"55

pp "16 emotional states were explicitly described [about writing]" "emotions of discomfort ... in reading about their illnesses" "Each story touch me"55

tos artísticos como la pintura^{qq}). Una de las emociones positivas referidas tiene que ver con el proceso global de formación del médico y produce una disminución de la desesperanza y la desilusión en la formación médica^{rr}. Aunque para algunos, la experiencia de formación en medicina narrativa es estresante^{ss}. Cuando la actividad consiste en un contacto directo con los pacientes, los participantes expresan sorpresa, especialmente por la respuesta de los pacientes, nerviosismo (por la incertidumbre ante la respuesta de los pacientes)^{tt} y, en algunos casos, desilusión por no resultar como se había esperado^{uu}.

6. **CONOCIMIENTOS:** por un lado, los alumnos que participan en la formación en medicina narrativa adquieren un conocimiento teórico sobre el análisis narrativo y el uso de términos relacionados^{vv}. Por otro lado, aprenden que algunos elementos de trabajo, como la documentación e historia clínica, tienen defectos que dificultan la aplicación de la medicina narrativa^{ww}. También hay un aprendizaje teórico sobre actitudes, como el reconocimiento del paciente como persona^{xx}, y que existen diferentes enfoques narrativos sobre la enfermedad^{yy}. También se adquiere la llamada com-

qq "the paintings gave us the right mood, the right words to talk about challenges", "The colours make balanced emotions and free your mind"¹⁷⁰

rr "Felt more happier in medical school". "Students imagined they were less disillusioned with medicine than they would have been without the course"⁵⁷

ss affiliation brought some students too close for comfort, with peer critiques becoming a source of stress" "I think my class was pretty stressful"²⁸

tt "Students were surprised by many aspects of the activity, including the story their patients chose to tell, the insights gleaned from their patients, and how emotional, enjoyable, and meaningful it was"⁵⁹

uu "All this emotion about his illness and we were going to connect...instead I kind of felt pushed away"⁵⁹

vv "Those who attended the workshop were able to explicitly and clearly articulate how they used a narrative approach" "For those who did not attend the workshop, the use of narrative appeared to be more implicit than explicit" "Those who attended [...]described what they saw on the video using a nuanced technical vocabulary, suggesting that they had acquired a more elaborated and enhanced understanding of narrative"¹⁶²

ww "...recognized that medical documentation can include social and emotional dimensions in retrospect"¹⁶⁶

"Keeping in mind that the admission note doesn't really tell the full story. It doesn't tell you necessarily the feeling in the room"²⁸

xx Students' perceptions of their learning included the following themes: 1) patients are more than their disease, 2) be open to opportunities to slow down and listen, 3) stories give new insights into patients, 4) stories can affect patient care, and 5) patients as individuals"⁵⁹

yy "here is a chaos narrative, in which a student's character describes living with the uncertainty" "As the module progressed, some of the students moved their character on to other "scripts". Here is a quest script" "Here is a restitution script"¹⁰⁶

petencia narrativa^{zz} y se reconoce el papel de las historias de los pacientes en la práctica médica^{aaa}

7. **REFLEXIÓN:** la reflexión surge de la nueva capacidad adquirida de estar atentos a los otros, de estar atentos a sí mismos (reconocer emociones) y de hacer el ejercicio de representar lo experimentado^{bbb}. Los participantes reconocen haber adoptado un patrón de reflexión y haber mejorado en ello tras la formación^{ccc}. La frecuencia de los procesos de reflexión aumenta tras escribir sobre ellos^{ddd}. Estar atentos a otras historias provoca que pienses sobre la que sería tu actuación en esos casos^{eee}. También el proceso de compartir las historias obliga a una mayor reflexión^{fff}. La reflexión se relacionó con la habilidad para mantener un sentido de sí mismos^{ggg}. La reflexión interior es un proceso continuo, circular, recursivo, que no cesa fácilmente una vez consigues dispararlo^{hhh}. Los alumnos son capaces de reflexionar sobre el proceso de aprendizajeⁱⁱⁱ

8. **TOMA DE PERSPECTIVAS:** los participantes en los diferentes estudios comparten la impresión de ser capaces, tras la formación, de apreciar las múltiples perspectivas diferentes que puede tener una experiencia de enfermedad, ser capaces de apreciar la visión extraña de la enfermedad^{jjj}, y poder respetar que otros tengan

zz «[by comparing the corresponding stories with audio-recorded stories from the patients] there was high or full agreement in eight of ten themes”59

aaa "giving me the sense that the things that I find important-"stories and people's lives-those are still valid parts of medicine" 166

bbb "I saw things, like I drew things out from patient encounters of days ago that I thought [were] just regular encounters but then when I thought about it, it was actually different and deeper and so..." 165

ccc "valuing the opportunities presented throughout the elective to "establish a pattern" of reflecting on themselves and the practice of medicine. Many reported that the training provided skills of reflection"166

ddd "It made me wonder, if I saw patients, whether they would be stories..." "It helped me to look for the stories in my encounters and to be more reflective"105

eee "...listening to others read their charts "also forces you to ask yourself, "well what would you do in that same situation as well?"165

fff "I think it caused reflection ... trying to read something you've written with new eyes Why did I write that?"105

ggg "Students also linked reflection to the ability to maintain their sense of self, which was in turn connected to their ability to provide medical care"166

hhh "the reflective process was a recursive one" "I mean you kept on thinking about it" "While being present for, and building relationships with, one another were identified as strengths of the process, the residents also spoke of the internal conversation which they continued to have even after they had presented their narrative and the group had engaged in the shared narrative inquiry"165

iii "Many students were able to reflect on the learning process itself"56

jjj "Creative writing enabled me to access an otherwise alien experience and perspective and as a result feel genuine empathy and compassion towards someone I may otherwise have been quick to judge"106

"The narrative approach helped students gain insights into their patients"58

otras interpretaciones sobre los mismos hechos (tanto profesionales como pacientes)^{kkk}. También son capaces de situar la enfermedad en el contexto del paciente, la familia y la sociedad^{lll} y ver al paciente como más que una enfermedad^{mmm}. Esta capacidad de reconocer múltiples perspectivas se reforzó en las actividades grupalesⁿⁿⁿ.

9. **EMPATÍA:** la escritura creativa (creación de personajes con enfermedades) produce una empatía creciente^{ooo}. Esto también ocurre en otras actividades de medicina narrativa^{ppp}.

10. **PROFESIONALISMO:** algunos temas presentados en los artículos se relacionan con la adquisición de actitudes que están relacionadas con la idea de profesionalismo. Por ejemplo, aumenta el sentido de responsabilidad hacia los pacientes^{qqq}, sentido de justicia social^{rrr}, la reflexividad en la práctica profesional y modificaciones en su idea de cuál es el modelo de médico a seguir^{sss}.

“the ability to receive and value different perspectives” “...revealed a heightened awareness of different perspectives as a result”¹⁶⁶

kkk that even “[t]hough we all have similar training...everybody thinks in a different way and it kind of opened me up to that.” “I really like how everybody approached the situation differently” “You could get the different perspective of your story through somebody else’s experience of something similar”¹⁶⁵

“I think understanding that there are different ways to tell the story helps us to understand and be aware that...all our patients are different”²⁸

lll “there is a person behind a disease and a family behind a patient, and the family is not in a vacuum”⁵⁶

mmm “It led to new insights about their patient and allowed students to see patients as more than an illness”⁵⁹

nnn Sharing of narrative was helpful for fostering active listening and appreciating multiples perspectives: “listening was a challenge. Trying to see another point of view. The experience was a lesson to me”¹⁷⁰

ooo Putting him through different scenarios and using different writing types helped me created more about his feeling, his character...Through this course I feel like evolved with my character...” “I found his story distressing and the more I spent on my creative writing, the more empathy I felt for his experiences in life” “Creative writing enabled me to access an otherwise alien experience and perspective and as a result feel genuine empathy and compassion towards someone I may otherwise have been quick to judge”¹⁰⁶

ppp Students felt they developed an increased capacity to understand and empathize with patients and “see them as a person or narrative other than an illness”¹⁶⁶

“I could see what they do [internal organs, bones...] and so I am better able to feel it”²⁸

“...increased sense of regard and empathy for patients... my writing experience and reflections about my own [illness] helped me to have great empathy...”⁵⁵

“part of stepping into someone’s else story was the recognition of themselves in another’s story”¹⁶⁵

qqq “a duty to apply what was learned to future practice”⁶⁰

“some students felt a heightened sense of responsibility towards their patients”⁵⁹

“addressed the importance of professional autonomy when making a clinical decision.”¹⁶⁵

rrr “the importance of incorporating a strong belief in social justice has been reinforced and will be an important part of [my]practice of medicine”¹⁶⁵

sss Thanks to the project, they have modified their model of the physician they would like to become”⁵⁶

11. **RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE:** los participantes refieren que la experiencia (en relación con las entrevistas directas a los pacientes) facilita la comunicación abierta por parte del paciente^{ttt}. Se desarrollan habilidades de comunicación específicas^{uuu}. Los estudiantes se enriquecieron con la experiencia compartida y recíproca. La relación terapéutica se construyó con una mayor conexión y alianza terapéutica^{vvv} y se dieron cuenta de que podía servir para involucrar al paciente en su autocuidado^{www}. Los estudiantes sintieron que conocían mejor a su paciente y que están más cercanos y con mayor confianza^{xxx}. Aunque la percepción no es general, existen algunas experiencias negativas^{yyy}. Pasado el tiempo, refieren que la habilidad aprendida les permite escuchar mejor las historias y ser más comprensivos^{zzz}. Apreciaron mejor un modelo de atención que les permite construir una relación en el tiempo y acercarse más a los pacientes^{aaaa}.

12. **IMPACTO EN LOS PACIENTES:** se trata en general, de la visión de los participantes sobre el impacto que puede tener su formación en los pacientes, solo en un artículo se preguntó a los pacientes. Los participantes refirieron que creían que los pacientes habían disfrutado de la actividad^{bbbb} y que, incluso, se habían transformado de alguna manera por ella^{cccc}. Al preguntar directamente a los pacientes la valoraron positivamente^{dddd}. Los estudiantes consideran que las habilidades practicadas les per-

ttt "She told me how by listening, I let her spill out a lot of bad memories"58

uuu "Students overwhelmingly reported an enhanced understanding of and capability in communication as a result of their narrative medicine training. According to both survey and focus group data, sessions provided practice and development of specific communication skills such as "self-awareness,. . . articulation,. . . observation,. . . patience," and empathy toward the audience"166

vvv "It allowed me to connect with the patient in a different format. I felt more focused on emotions and feelings. I enjoyed understanding the patient's perspective"58

www "the narrative can be used as a methods of involving the patient in his/her care and recovery plan"58

xxx "The interaction between patient and student was often a shared, reciprocal experience that enriched the relationship" "many students felt they knew their patient better and had a better relationship with them"59

yyy A couple of students did not feel their student-patient relationship had changed. One student mentioned that she felt distant to her patient..59

zzz "One found that narrative interpretive skill allowed for culturally sensitive understanding of patients" "One also found increased skill in interpreting patients' clinical history and unravelling their chief complaints." "...she used narrative training to improve the capacity to understand patients, extend empathic care, and communicate well with patients and families and other medical providers"166

aaaa "You have less risk of marginalizing yourself...[it]just helps to relate to patient more"28

bbbb "students felt that their patients enjoyed the activity and valued to talk freely", "students perceived that patients felt that they were understood"59

cccc " Some students experienced a transformation in their patients after the activity..."At the end of the activity he really seemed...a different person because he...had more understanding and willingness to cooperate""59

dddd "She wrote a little thing about me...it really touched me, deep, you know"59

miten cuidar mejor de los pacientes^{eeee} y puede tener impacto en el seguimiento del plan de tratamiento^{ffff}.

13. **IDENTIDAD GRUPAL:** en general, los artículos analizan presentan la creación de una identidad grupal (entre estudiantes o entre médicos) gracias a la propia actividad y al método de formación en sí mismo. Esta identidad grupal refuerza la creación de un sentimiento de comunidad y una disminución de la soledad inherente al tipo de formación que se da en las facultades de medicina y a la práctica médica^{gggg}.

14. **TRANSFORMACIÓN:** Todo el proceso de formación y el aprendizaje realizado lleva a los participantes a expresar que se ha producido una transformación en ellos mismos^{hhhh}, en la forma de ver a los pacientesⁱⁱⁱⁱ y a los compañeros^{jjjj}. Esta transformación se relaciona también con la idea sobre la comunicación con el paciente^{kkkk},

eeee «Having systematically imagined and considered the needs, background, and experience of others, they reported an expansion of their expected capacity to provide care to patients and to work with other physicians», "being able to understand narrative will make me a better listener and a better provider"; "To listen to what a narrative is telling you about the person's situation and the way they feel about the illness...helps you take care of someone well" 166

ffff "the narrative can be used as a methods of involving the patient in his/her care and recovery plan"58

gggg "Students felt that hearing each other's narratives opened up new aspects of their classmates not otherwise seen in medical student life"; "a feeling of commonality with others"; "...by writing about my experience and reading what others have written I have been forced to face the pain, embarrassment, and uncertainty that seem common to all our experiences..."55

"At the end of the year, students felt a greater connection to their classmates than they would have without the course"57

"several responses conveyed a sense of identification and affiliation with one another"; "reported enhanced awareness and understanding of their peers"166

I ... feel like the most important thing is getting us to realize how to work with our classmates and talk with them and work outside of the normal classroom mentality, and realize that there are these people we can go to when ... we do struggle with death and dying, it's not us doing it alone."; "There are people in my group that I didn't ever really talk to before but we all, like, shared the same choice of writing and, like, many people's stories really, like, brought us, like closer in, like, a cool way.28

"do feel a certain connection to everyone in that group itself. So that was nice...Being able to talk about these things amongst yourselves...you get a better understanding for the people who you're working with as well. And...it would make personal or professional relationships stronger"; "you build a relationship in a very special way...you're building a relationship in a community of medicine because hopefully lots of us will stay in this community to practice and then we will know each other on a level that we do not [usually] get from partying or working side by side in the clinic 'cause you never had enough time to do this stuff",.165

"the PSWG encouraged ... participants having a professional group that they could identify with"; "a supportive environment and a sense of community, which extend beyond the program"105

hhhh "the process of training in narrative medicine was enjoyable and that the outcome was transformative " 166

"initially I felt a certain way and when I went back to write things down afterwards, I might feel slightly differently towards it"165

iiii "Instead of being me against the patient...I was more fitting in with I know why they're feeling this way..."165

jjjj "we all wear coats and we all wear stethoscopes and we all walk down the hall in teams and it's sometimes hard to differentiate what the actual difference are between people"165

kkkk "from "explaining and listening" to "understanding, empathetic explanation, truth and the purpose and entirety of narrative at the concluding session" 166

la empatía^{llll}, el profesionalismo^{mmmm}, la toma de conciencia de que hay diferentes perspectivas, la conexión con los compañerosⁿⁿⁿⁿ, una nueva forma de percibir a los pacientes^{oooo} y un crecimiento personal^{pppp}, e incluso cambios tangibles en su práctica^{qqqq}.

En resumen, las propias características de la formación en medicina narrativa provocan un proceso de transformación en quienes participan, mediado por diferentes factores en varios pasos. El primer paso combina los elementos de atención, representación (escritura), emociones y conocimiento, que se interrelaciona con unos efectos de segundo orden (mediados por los previos) que son la toma de perspectiva, la empatía, el profesionalismo y la reflexión. Este proceso de aprendizaje-cambio genera una mayor capacidad de afiliarse con “otros”. Estos “otros” son, por un lado, los pacientes (mediado por la relación médico-paciente) y, por otro lado, los propios compañeros (estudiantes, médicos) con lo que se desarrolla un sentido de identidad grupal que influye en el alumno. Todo este proceso supone una transformación del alumno. Por supuesto no se trata de un proceso sin retos o dificultades (barreras). Para explicar la relación entre estos temas se ha desarrollado la Figura 5, que engloba todos los temas descritos.

llll “Putting him through different scenarios and using different writing types helped me created more about his feeling, his character...Through this course I feel like evolved with my character...” “I found his story distressing and the more I spent on my creative writing, the more empathy I felt for his experiences in life”¹⁰⁶

mmmm “the importance of incorporating a strong belief in social justice has been reinforced and will be an important part of [my]practice of medicine” ¹⁶⁵

nnnn “Some talked about how isolated they felt from one another and from “normal” persons (those not connected to medical education)... I realized halfway through that Tuesday evening when I got home was the most human and most connected I felt all week....” ²⁸

oooo “ by a figurative new power of sight:... the shift was marked instead by narrating a shift from “seeing” to feeling”.⁶⁰

pppp “Students talked about personal or emotional growth when they contemplated their experiences with the seminars”²⁸

qqqq “In my little black book I'm just writing a thought on, not necessarily the diagnosis or prognosis or the management of the patient but what his encounter with the patient or attending to the residents might mean”¹⁶⁵

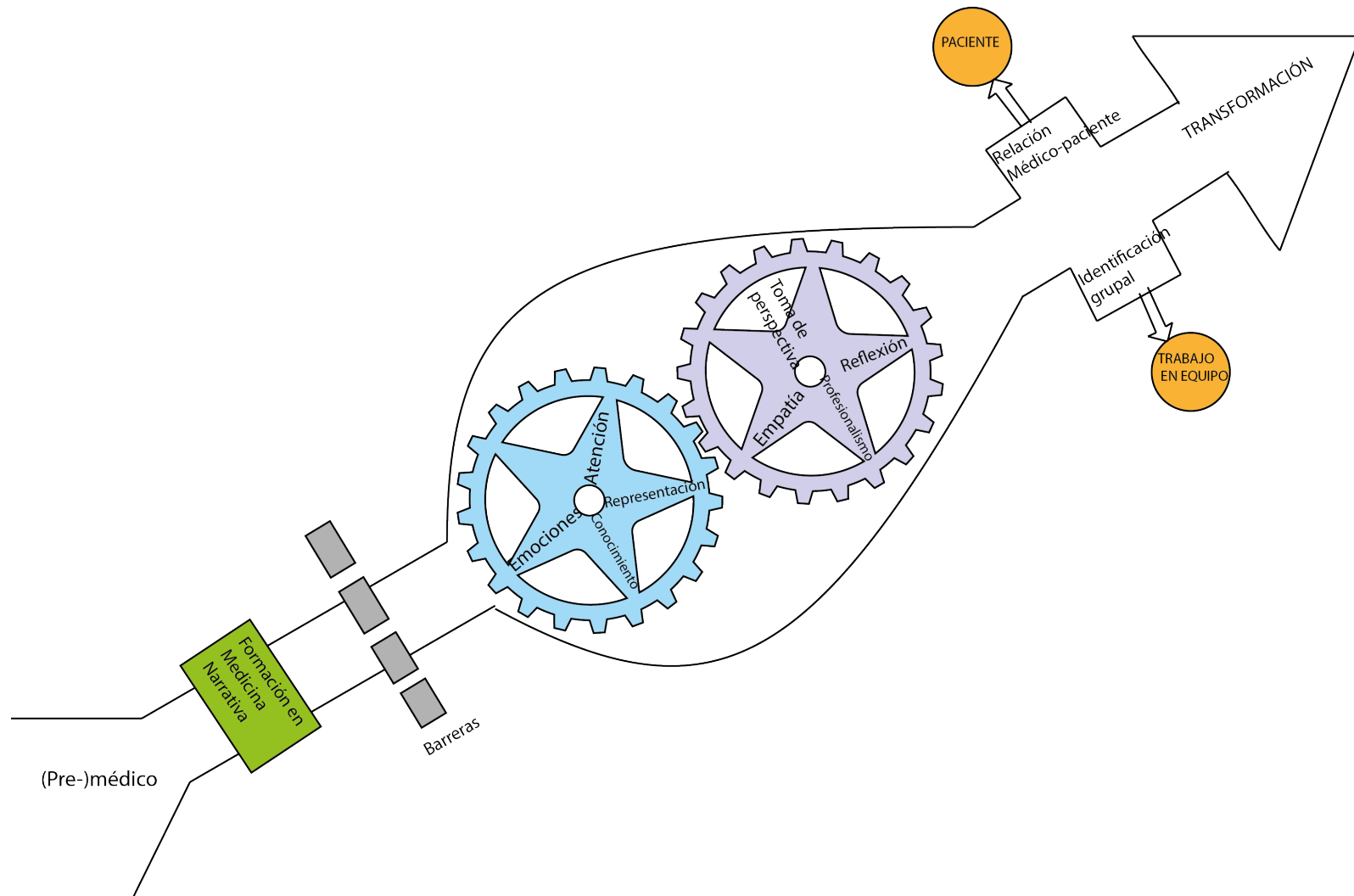


Figura 5. Proceso de transformación impulsado por la formación en medicina narrativa.

Descripción de estudios cuantitativos.

Se incluyeron 6 artículos con evaluación de tipo cuantitativo (uno de ellos es mixto). La heterogeneidad de las intervenciones y de los sistemas de evaluación impiden realizar una síntesis numérica de los resultados. Se ha decidido, por tanto, realizar una descripción de los hallazgos de estos artículos.

Misra-Hebert et al. Improving empathy of physicians through guided reflective writing.⁶¹

Reclutamiento de participantes: se envió un email a todo el personal médico (2314) invitándoles a participar bien en el curso o como grupo de comparación.

Realizan un estudio de intervención controlado (dos grupos control) de formación en medicina narrativa:

- Grupo intervención (19): recibe 6 sesiones de formación en 10 meses, con documentación complementaria (lecturas)
- Grupo control 1 (10): recibe las lecturas
- Grupo control 2 (10): no recibe ninguna información.

Se realiza una evaluación mixta (cualitativa mediante análisis de contenido de los textos solo para el grupo intervención). La evaluación cuantitativa incluye el cuestionario de empatía de Jefferson, que se pasó en 3 ocasiones: antes del curso, en sesión 4 y al final del curso.

Los resultados fueron los siguientes:

36 contestaciones (18, 8 y 10 para el primer test; 15, 5 y 9 para el último). Se analizaron mediante estadística no paramétrica.

Los resultados muestran que el grupo intervención presenta mayor empatía en el test postcurso que los grupos de control. El tamaño del efecto (d de Cohen) para el cambio en el grupo intervención es de 0,64 (IC95%: -0,06 a 1,34), que es moderado, pero sin significación estadística.

Cuando se compara con los grupos control:

- Con el grupo 1: $d=1,28$ (0,20-2,37)
- Con el grupo 2: $d=0,56$ (-0,28-1,40)

En el grupo intervención se produce una mejoría progresiva en el JSE, con tamaño global de efecto moderado. Pero al comparar los tres grupos el grupo intervención muestra mejores valores de JSE al final que los grupos control, con un tamaño de efecto grande y estadísticamente significativo respecto al grupo control

Winkel AF, et al . No Time to Think: Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency¹⁶⁷

Estudio cuantitativo de evaluación de una intervención con curso de formación en medicina narrativa con residentes de obstetricia y ginecología.

La actividad se realizó mediante sesiones de una hora, en horario de formación de los residentes., que incluía lectura de texto literario corto, discusión sobre el texto, escritura durante 10 minutos, invitación a la lectura y debate.

Se realizaron 6 sesiones (una cada 6 semanas) y participaron 18 residentes.

Refieren haber realizado un análisis mixto (cualitativo y cuantitativo) pero el análisis cualitativo se refiere a los resultados de una cuestionario estructurado con formato de escala de Likert sobre aspectos de satisfacción. Se les solicitó también contestar al cuestionario de burnout de Maslach (MBI) y al cuestionario de empatía denominado Interpersonal Reactivity Index (IRI) antes y después de la intervención.

Aporta datos limitados sobre el resultado (solo medias) y el cuestionario de satisfacción se presenta de forma narrativa.

Tanto para el MBI como para el IRI no hay cambios significativos, aunque existe un aumento del valor para “agotamiento emocional” del MBI y una disminución en todos los apartados del IRI.

La mitad de los participantes refieren haber disfrutado mucho y solo 6 refieren que puede tener algo de influencia en su residencia.

La participación fue baja (8 fueron a 1 o ninguno de las sesiones) y 10 participaron en 3 a 6, con una media de 3,6.

Winkel AF et al. Narrative Medicine Workshops for Obstetrics and Gynecology Residents and Association With Burnout Measures.¹⁶⁸

Se trata de una ampliación de la experiencia anterior. Participaron 54 residentes de 3 centros hospitalarios situados en diferentes lugares de EEUU.

Se realizaron 15 sesiones de 1 hora, cada 4-8 semanas, en el tiempo de formación habitual.

Cada sesión incluyó lectura de ficción conjunta, debate, escritura y compartir lo escrito con el grupo.

Se pasaron 3 cuestionarios: MBI, IRI y el Self Care Inventory (sobre auto cuidado) (SCI).

Refieren haber realizado un análisis estadístico con cálculo del tamaño del efecto, pero solo presentan diferencia de valores post-pre, sin cálculo de medidas estandarizadas de tamaño del efecto.

Participación: de 66 residentes, 54 participaron y 43 completaron ambos cuestionarios.

Acudieron a una media de 4 sesiones (SD: 2,2) y una mediana de 4 (de 15 posibles). La atención media fue del 50% de los invitados a cada sesión.

Resultados:

- MBI: no hubo diferencia para ninguna de las subescalas en cuanto a la media de puntuación. Cuando se categorizan en alto, medio y bajo, se aprecia que disminuye el porcentaje de residentes incluido en categoría baja para todas las subescalas (la de despersonalización ya parte de 0 incluidos en esta categoría) y aumentan los incluidos en categoría alta. Para la subescala de crecimiento personal significa una mejoría probable.

Cuando se compara según la cantidad de sesiones a las que acudieron (en dos grupos: baja y alta asistencia, siendo alta, 4 o más sesiones), se aprecia una disminución significativa en el grupo de alta asistencia en cansancio emocional.

No hay cambios en el IRI.

Cuando comparan en función del valor del SCI aparece que los residentes que tienen un SCI bajo mejoran significativamente más en "realización personal".

Tsai S-L, Ho M-J. Can narrative medicine training improve OSCE performance?¹⁶³

Se trata de una comunicación corta. Se realizó una sola sesión de medicina narrativa con estudiantes que incluía escritura reflexiva y lectura a los compañeros con debate posterior.

Los alumnos fueron reclutados entre todos los alumnos posibles mediante aleatorización. Se invitó a 22 de 116 y aceptaron 15. Se incluyeron 39 en el grupo control (que no recibieron ninguna formación)

Se midió diferencia en resultados de una ECOE realizada a todos los alumnos. Para el análisis se emparejó por edad, sexo y rendimiento académico.

No encontraron diferencias en el resultado completo de la ECOE.

Cuando evalúan solo los resultados en las dos estaciones de comunicación, los alumnos que realizaron la actividad muestran una puntuación significativamente superior al grupo control.

Goupy F, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ?¹⁶⁴

Se ofreció una asignatura optativa de Medicina Narrativa a estudiantes de 4º curso de medicina (autoselección de participantes). Consistió en 6 clases grupales y 6 sesiones de trabajo en grupo pequeño (8 participantes). Se entregó un dossier de artículos y un libro (todos traducidos al francés). Participaron 40 estudiantes.

Se evaluó la satisfacción con la actividad y el material entregado.

Los resultados muestran una mejoría de la satisfacción con el trabajo en grupo pequeño a medida que avanza el curso (tanto para el tema de escritura como para el darte posterior) y mayor valoración de las sesiones grupales que trataron el tema de la escritura personal y de la empatía en estudiantes.

El 58% de los alumnos desearían que la experiencia se ampliara en el segundo ciclo. Y el 39% consideran que debería ser obligatorio o ampliarse a más estudiantes.

Thomson A, Harley D, Cave M, Clandinin J. The enhancement of medical student performance through narrative reflective practice: a pilot project.¹⁶⁹

Los estudiantes de medicina asignados a un determinado tutor en uno de los centros de formación clínica recibieron una sesión de práctica reflexiva narrativa de una hora de duración durante 8 días (6-8 estudiantes en cada grupo). Al final de la experiencia clínica se solicitó a cada estudiante un texto breve sobre la experiencia de un paciente.

Participaron 16 alumnos, y se asignó como control al resto (123). Se evaluó el resultado en dos exámenes:

- ECOE
- MCQ (examen de respuesta múltiple)

Se encontró que, al agrupar todos los controles), el grupo intervención presentó resultados en MCQ significativamente superiores (4,7% más).

En resumen, los estudios incluidos muestran variabilidad de destinatarios (estudiantes y residentes), con variabilidad en tipo de medidas de resultado elegidas (resultados de exámenes estandarizados en 2, burnout en 2, empatía en 3 y satisfacción con la formación en 2). Se obtienen pocos resultados con significación estadística y los que lo obtienen tienen una relevancia práctica incierta. Destaca la escasa participación en las actividades cuando no forman parte de un curso obligatorio de pregrado.

DISCUSIÓN

Podemos decir que la demostración de que la formación en medicina narrativa tiene un impacto en los médicos o estudiantes de medicina que la reciben aún está en una fase preliminar. Los estudios cualitativos muestran que se produce un proceso de transformación personal y profesional a través de una serie de elementos, como son la atención, la representación, las emociones, los conocimientos, la toma de perspectivas, la empatía, la reflexión y el profesionalismo. Algunos de estos elementos han sido objeto de investigación cuantitativa, mediante distintas herramientas (escalas de empatía, exámenes de diferente tipo, cuestionarios de satisfacción). Sin embargo, la evaluación cuantitativa no proporciona unos resultados de impacto tan claro como expresan los participantes de los estudios cualitativos. Esto se puede deber a que lo que miden las escalas son aspectos muy específicos que no necesariamente son objeto de trabajo directo en los cursos de medicina narrativa.

Algunos de los elementos detectados (atención, representación, afiliación con pacientes) forman parte fundamental del marco de definición de la medicina narrativa²⁷, aunque hay que destacar que, uno de los elementos que más importancia parece tener es la adquisición de la capacidad de percibir las diferentes perspectivas presentes en una situación clínica. Este aprendizaje de las diferentes perspectivas estaba presente ya en los proyectos de literatura y medicina que preceden al desarrollo de la medicina narrativa²⁹. Pero hay que destacar la importancia que parece tener, para los participantes, el impacto en la relación con sus compañeros. Se desarrolla una intensa afiliación con los compañeros (otros estudiantes y otros médicos) que permite la adquisición de una identidad grupal. Esto podría ser importante para el impulso del trabajo en equipo, aunque no se trata específicamente. La exclusión de los estudios en los que se incluían otras profesiones sanitarias no nos permite saber si este fenómeno de identidad grupal ocurre también cuando los grupos de formación son interdisciplinares.

Por otro lado, la exclusión de estudios que no presentaban una explicación formal del método de revisión, puede haber provocado la pérdida de algunos datos de interés. Estos estudios, en general, no informan de resultados esencialmente diferentes a los encontrados en los artículos incluidos. En algunos casos hablan del incremento de la empatía⁶⁹, otros mencionan la mejora en la capacidad de reflexión y las dificultades inherentes a este tipo de ejercicios^{173,174}. En un caso se explican algunos riesgos de esta formación, como puede ser la resistencia a tratar temas que chocan con los valores culturales de los participantes¹³³.

Las revisiones sistemáticas en educación médica presentan algunas limitaciones. La propia Colaboración *BEME* reconoce estas limitaciones. En primer lugar, no

existe un sistema de indexación similar al que se dispone para la investigación médica en general, lo que hace muy complejo recolectar todos los artículos de interés en un tema¹⁷⁵, provocando que el tiempo y los recursos necesarios se incrementen.

Por otro lado, la Colaboración *BEME* establece una serie de pasos para la realización de revisiones reconocidas por ellos. Entre estos pasos se requiere la formación de un grupo multidisciplinar y, a ser posible, internacional, relacionado con el área. Esto también necesita recursos, especialmente económicos. Esta es la razón por la que, a pesar de seguir la filosofía de las revisiones *BEME*, este trabajo no ha sido registrado como tal.

En el momento de diseñarse y ponerse en marcha este trabajo, no se habían publicado revisiones sistematizadas sobre medicina narrativa. La primera revisión se ha publicado en mayo del 2017 con el objetivo de valorar si la medicina narrativa mejora el cuidado compasivo¹³⁹. Esta revisión, que se presenta de manera confusa como revisión de la literatura sistemática, no informa claramente de todos los elementos para considerarla una revisión sistemática. Los criterios de inclusión son vagos, incluyen tanto cursos específicos de medicina narrativa como otros que incluyan escritura creativa o reflexiva, incluida poesía, dirigidos a clínicos (aunque incluyen a estudiantes también). No informan del total de artículos encontrados y finalmente incluyen 9 artículos (uno cuantitativo, 3 mixtos y 5 cualitativos). Hacen una revisión narrativa extensa, con evaluación de la calidad, de cada artículo y finalmente refieren haber realizado un análisis temático (sin informar de los detalles del método seguido) y haber extraído cuatro temas fundamentales: comunicación (empatía como tema central dentro de éste), crecimiento personal y profesional (especialmente el reconocimiento de los compañeros), placer (que relacionan con la capacidad para ser compasivos en el cuidado) y estructura educativa (el valor del trabajo en pequeño grupo). La revisión adolece de defectos metodológicos, pero es una de las primeras aproximaciones a una investigación secundaria estructurada sobre el impacto de la formación en medicina narrativa.

Del conocimiento del campo de la medicina narrativa se tenía claro que la heterogeneidad en el tipo de intervenciones y en tipo de medidas de resultados utilizadas es elevada, lo que hace poco útil la realización de una revisión sistemática. Por ello, se optó por la metodología del *scoping review*. Para minimizar la cuestión de la calidad de los estudios, que habitualmente no se tiene en cuenta en este tipo de estudios, se decidió ser estrictos con los criterios de inclusión en lo referente a las características de la evaluación que debía aparecer en los trabajos. Con ello, se excluyeron artículos con baja calidad metodológica en el apartado de evaluación. Esto permitió realizar una síntesis de resultados de mayor calidad y fiabilidad. Existe un número de artículos que han sido excluidos y que informaban de diferentes tipos de intervención relacionada

con la medicina narrativa. Incluye trabajos individuales reflexivos relacionados con las prácticas clínicas de estudiantes con metodología a distancia¹⁷³, trabajos tipo *parallel chart*¹⁷⁶, escritura reflexiva⁶⁵, cine como herramienta básica en lugar de literatura¹⁷⁷, informe de casos particulares^{178,179}, formación de docentes^{162,171}. Sin embargo, no presentaban un proceso evaluativo de suficiente calidad para considerarlos incluidos o bien incluían a otros profesionales.

Este trabajo se enfrentó a la dificultad de decidir qué es y que no es medicina narrativa. La heterogeneidad de los artículos en los que se presentan intervenciones amparadas en el concepto de medicina narrativa nos hace concluir que no existe aún un set de criterios para considerar que algo es medicina narrativa. De hecho, algunos trabajos incluyen intervenciones que encajan perfectamente en la idea de medicina narrativa de R. Charon, pero no hacen ninguna mención a este concepto¹⁸⁰. También podríamos mencionar otras filosofías de atención que son similares a la medicina narrativa en su concepto básico, como es la *atención centrada en la persona*, que parte de la recogida de la narración del paciente como elemento central para la elaboración del plan de tratamiento¹¹². En esto no difiere de la idea de la aplicación de la medicina narrativa en la consulta que relata Charon²³. Es por ello que la decisión final de considerar una intervención como medicina narrativa se ha dejado a los propios autores de los artículos, con las limitaciones que puede tener a la hora de evaluar el impacto de esas intervenciones como impacto de la medicina narrativa.

Se ha procurado hacer un trabajo iterativo con revisión de decisiones en varias rondas y consulta con otros miembros del equipo cuando ha sido necesario.

La formación en medicina narrativa se ha establecido con cierta autoridad entre estudiantes de medicina, sin embargo, es aún anecdótica en las otras etapas de la vida profesional (residentes y médicos en activo). De la revisión realizada podemos deducir que la formación dispara un proceso de transformación personal, en el que se desarrollan una serie de habilidades que dan lugar a un cambio en el modo de afrontar la práctica clínica. Sin embargo, desconocemos si el impacto de la formación sería el mismo cuando las personas sometidas a ella ya tienen un bagaje profesional detrás. El número de artículos que incluyen profesionales en activo es demasiado pequeño (y con baja participación) para confirmar que el efecto es igual en todos los niveles de desarrollo profesional del médico.

Otro elemento que surge de la revisión realizada es la diferencia entre las conclusiones de los trabajos con metodología cualitativa y cuantitativa. A pesar de que los estudios cualitativos muestran una percepción de mejora empática y de otros elementos que se relacionan con la empatía, como la capacidad de ponerse en lugar del otro (toma de perspectiva); los estudios cuantitativos que utilizan escalas específicas de

empatía no parecen encontrar ese efecto. Aunque hay que tener en cuenta que son estudios de aja potencia, con muestras pequeñas y participación parcial en las actividades. Por otro lado, habría que analizar previamente si la metodología cuantitativa es la más apropiada para evaluar el impacto de actividades que tienen un trasfondo humanístico, idea que está en discusión¹⁸¹.

Está claro que las actividades de medicina narrativa son bien recibidas por los alumnos en su etapa de estudiantes. Las opiniones sobre las actividades son buenas en las etapas posteriores pero el número de abandonos o el porcentaje de participación en las diferentes sesiones es muy bajo. Se desconoce si los que no acuden lo hacen por pérdida de interés o por otros motivos.

Del resultado de esta revisión, sabemos que la investigación sobre el impacto de la formación en medicina narrativa adolece aún de lagunas importantes: un método estándar de medida del impacto (que requiere una decisión previa sobre las áreas en las que se debe esperar un cambio), la definición de criterios para considerar una intervención como medicina narrativa, la extensión a otras etapas profesionales con medida del efecto, especialmente en el sistema de formación médica continuada. Sin estudios primarios de calidad no es posible realizar revisiones de conjunto de calidad.

Sin embargo, podemos decir que la formación en medicina narrativa parece impulsar un proceso de transformación de los participantes especialmente en la esfera empática y en las habilidades de atención, representación y reflexión, y que este proceso tiene un efecto en la relación con los compañeros del grupo profesional, mejorando la identidad grupal y, consecuentemente, pudiendo tener impacto en la capacidad de trabajo en equipo. Por otro lado, parece mejorar la relación con el paciente, aunque no hay resultados sobre el efecto directo en los pacientes o en el cuidado.

Podemos concluir que la formación de medicina narrativa tiene utilidad para abordar aspectos de la medicina que requieren algo más que mero entrenamiento, que requieren un proceso de transformación personal y profesional. Y que esta formación tiene utilidad en estudiantes de medicina y, posiblemente, también en médicos residentes y en médicos en ejercicio. Sin embargo, las características contextuales que acompañan a la formación en general, hacen necesario que se desarrollen proyectos de evaluación en otras situaciones y culturales, tanto educativas como sanitarias. Para ello es necesario convencer a los responsables de la educación médica del potencial efecto positivo de los proyectos formativos en medicina narrativa. Esta revisión puede contribuir a ello.

Es necesario también desarrollar métodos de evaluación del impacto de la formación en medicina narrativa que respondan a los interrogantes planteados y que sean lo suficientemente potentes como para detectar sus fortalezas y debilidades y que faciliten la generalización de resultados.

ENSAYO DE CAMPO: IMPACTO DE LA FORMACIÓN
ONLINE EN MEDICINA NARRATIVA EN MÉDICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA

5 ENSAYO DE CAMPO: IMPACTO DE LA FORMACIÓN ONLINE EN MEDICINA NARRATIVA EN MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

JUSTIFICACIÓN

La medicina narrativa se ha extendido progresivamente a nivel mundial, sin embargo, las experiencias de formación en medicina narrativa en el contexto de la atención primaria son escasas. La mayor parte de las experiencias publicadas corresponden a ámbitos académicos universitarios y a hospitales (con residentes). De los artículos incluidos en la revisión solo dos incluían a médicos de atención primaria^{105,170}. También se han publicado algunos artículos sobre medicina narrativa en revistas específicas de atención primaria^{111,182-185}.

La Medicina de Familia se define como *una disciplina académica y científica con contenidos pedagógicos, investigación, evidencia fundamentada y actividad clínica propios, y es una especialidad clínica orientada a la Atención Primaria*¹⁸⁶, y entre sus características se incluyen *[el desarrollo de] un enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad y un proceso de consulta único que crea una relación a lo largo del tiempo, mediante una comunicación efectiva entre médico y paciente*¹⁸⁶. La orientación hacia la formación en comunicación se ha hecho patente en publicaciones múltiples dedicadas a la comunicación y entrevista clínica^{2,187,188}.

La característica relacional y longitudinal de la medicina de familia en atención primaria y orientación a ser centrada en el paciente, parecen casar bien con la teoría de la medicina narrativa. Sin embargo, quedan por definir muchas cuestiones prácticas, como las relacionadas con el problema del tiempo necesario para realizar una consulta con el enfoque de la medicina narrativa, la formación adicional que deben recibir los profesionales, la adaptación de esa formación a un contexto cultural diferente y la adaptación de la formación a las condiciones de trabajo de los médicos de atención primaria.

La atención primaria en España se organiza en áreas de salud (territorios con una población determinada). En cada área de salud existen varias zonas básicas de salud, cada una con un centro de salud de referencia y, en ocasiones, en función de las necesidades de la población, varios consultorios periféricos. El personal sanitario cubre la atención en estas zonas durante las 24 horas mediante turnos variables y realización de guardias nocturnas y de festivos. Esto supone una fragmentación tanto espacial como temporal que dificulta la reunión de profesionales para actividades formativas

presenciales. Además, la situación de crisis económica de la última década ha disminuido el número de días disponibles para formación fuera del centro de trabajo.

Una de las tecnologías utilizadas para contrarrestar la fragmentación espacial y temporal de la actividad laboral de los médicos de familia es la formación a distancia (online). La formación a distancia permite alcanzar a profesionales que trabajan en diferentes lugares y horarios sin ser disruptiva con su agenda profesional y personal y es flexible. Parece que la efectividad de la formación online es similar a la de la formación presencial habitual¹⁸⁹. Existen experiencias de formación online (exclusivamente o mixta) en diferentes temas en atención primaria con resultados aceptables¹⁹⁰⁻¹⁹². Se han publicado también experiencias de formación a distancia en literatura y medicina¹⁹³.

Se plantea la realización y evaluación de una actividad formativa de medicina narrativa para médicos de atención primaria mediante el uso de enseñanza a distancia, con un diseño de intervención controlado y aleatorizado.

Para medir el impacto se ha decidido utilizar un método mixto: medidas obtenidas mediante cuestionarios validados y el análisis de textos producidos por los participantes. La cuestión está en cómo medir el impacto de una actividad formativa en medicina narrativa. Experiencias previas con medicina narrativa han utilizado medidas de empatía y burnout^{167,168}. También se han utilizado estas categorías para medir el impacto de otras intervenciones (como la formación en mindfulness) en médicos de familia^{194,195}.

La empatía es un concepto complejo que ha tenido muchas definiciones a lo largo de la historia reciente y cuyo papel en la relación médico-paciente sigue en discusión frente a otros conceptos como la compasión o la simpatía. Una aproximación a su definición es la dada por Mercer y Reynolds:

“La empatía es un concepto complejo multidimensional que implica la habilidad para:

- *comprender la situación, la perspectiva y los sentimientos del paciente (y sus significados adjuntos)*
- *Comunicar esa comprensión y comprobar su exactitud*
- *Actuar a partir de esa comprensión con el paciente de una manera terapéutica (y útil)”*¹⁹⁶

La complejidad del concepto de empatía lleva a otros autores a no intentar una definición reductora sino a analizar todos los componentes que tiene: conexión, que incluye reconocer una perspectiva orientada al otro y una diferenciación entre el yo y el otro; cognición, que supone tener curiosidad; acción, que se muestra por la preo-

cupación y el cuidado por el paciente; reciprocidad, es decir, una relación de ida-vuelta con el paciente; y humildad¹⁹⁷.

El concepto de desgaste profesional o burnout se refiere al proceso por el cual un profesional se siente sobrepasado por su situación laboral y ha agotado su capacidad de adaptación¹⁹⁸. Citando a Maslach, Álvarez Gallego define el burnout como *una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar*¹⁹⁸. Es la cuestión del impacto que el burnout tiene en la relación interpersonal lo que hace que sea importante a la hora de mejorar la relación clínica.

Parece existir una relación entre la empatía y el burnout, en el sentido de que parece que a mayor empatía (especialmente en el componente de toma de perspectiva), menor burnout¹⁹⁹.

Finalmente, se consideró que, para conocer el impacto de una intervención que tiene como objetivo central la relación médico-paciente, es necesario también realizar alguna medida que nos permita evaluar esa relación.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Las preguntas de investigación planteadas son:

1. ¿Cuál es la factibilidad de la formación en medicina narrativa mediante tecnología online?
2. ¿Cuál es el impacto de la formación en medicina narrativa en la empatía, *burn-out* y relación médico-paciente?
3. ¿Se modifican las historias contadas por los profesionales tras la intervención educativa?

MÉTODOS

Diseño de la intervención

Se diseñaron 3 cursos para ser realizados on-line a través de una plataforma de formación Moodle (Anexo V: Programa detallado de los cursos). Todos los cursos tuvieron una duración de 12 semanas, fueron diseñados por la investigadora y tutorizados por profesionales ajenos al proyecto de investigación. No se disponía de tutores formados específicamente en medicina narrativa, por lo que se escogieron tutores con formación específica en las actividades de cada curso: profesor universitario de literatura para el curso de literatura y medicina, médicas escritoras para el curso de escritura reflexiva (una de ellas con experiencia en escritura creativa y la otra con experiencia

en psicoterapia y escritura reflexiva, y médica experta en comunicación y entrevista clínica para el curso de entrevista clínica.

- *Entrevista clínica: repaso de conceptos (EC).*

Los cursos de entrevista clínica son clásicos en la formación en medicina familiar y comunitaria estando incluidos dentro del programa formativo de la especialidad²⁰⁰. Por este motivo el número de médicos de atención primaria que han recibido previamente formación es elevado. Se diseñó un curso de repaso de conceptos y habilidades de entrevista clínica, en el que se solicitó leer material de un manual básico clásico disponible en internet y la práctica de estas habilidades en la consulta. Posteriormente debían escribir sobre la experiencia. Se consideró que podía actuar como grupo control ya que se trata de la práctica habitual de formación en comunicación para médicos de familia.

- *Medicina narrativa: escritura reflexiva (MN-ER).*

Se diseñó un curso de medicina narrativa con actividades de escritura reflexiva.

- *Medicina narrativa: literatura y medicina (MN-LM).*

Se diseñó un segundo curso de medicina narrativa en el que se incluyó el trabajo de lectura atenta, aprendizaje de conceptos de análisis literario y escritura reflexiva posterior.

Los cursos fueron diseñados para la plataforma Moodle alojada por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, gratuitos, accesibles para todos los profesionales de atención primaria tanto desde el lugar de trabajo como fuera. Fueron difundidos a través del programa de formación, de los responsables de formación de los centros de trabajo, de contactos de la investigadora. Todos los cursos fueron acreditados por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias

Los participantes fueron aleatorizados a uno de los tres cursos por el personal del Departamento de Formación y se anonimizó su participación mediante la asignación de un alias. La relación entre el alias y la identidad del participante quedó en posesión del Departamento de Formación y no ha sido comunicada a la investigadora.

Previamente al inicio del curso, se entregó a cada participante un cuestionario que incluía la recogida de datos sociodemográficos, la escala de empatía de Jefferson (EEJ), el cuestionario de desgaste profesional médico (DPM) y el cuestionario de relación médico-paciente (CREM-P), así como una pregunta abierta solicitando un texto narrativo. Debían pasar el cuestionario CREM-P a 10 pacientes que acudieran a consulta de manera aleatoria y contestar el resto de cuestionarios ellos mismos. Todos los

cuestionarios fueron devueltos a la investigadora a través del departamento de formación.

Tras la aleatorización se enviaron las claves de acceso a los cursos e instrucciones sobre el acceso.

Un mes después de terminado el curso, se remitió a los participantes un segundo cuestionario, en el que se incluyó, además de las medidas iniciales, una valoración sobre el curso.

Métodos de medida del impacto

1. *Escala de empatía de Jefferson*

Para medir la empatía se optó por la Escala de Empatía de Jefferson (EEJ). La EEJ es una escala auto-administrada, validada tanto en estudiantes como en profesionales sanitarios^{201,202}, de amplio uso en investigación, adaptada y validada en castellano²⁰³.

Consta de 20 ítems valorados en una escala de Likert de 1 a 7. La mitad de los ítems puntúan positivamente (2,4,5,9,10,13,15,16,17,20) y la otra mitad negativamente (1,3,6,7,8,11,12,14,18 y 19). La puntuación total oscila entre 20 y 140. No se han definido puntos de corte de baja o alta empatía, con lo que se deja a las características de cada muestra (media \pm dos desviaciones estándar) para definir los grupos de baja, media y alta empatía.

La EEJ se divide en 3 componentes:

- Toma de perspectiva: preguntas 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20. Puntúa de 10 a 70.
- Atención compasiva: preguntas 1, 7, 8, 11, 12, 14, 19. Puntúa de 7 a 49.
- Habilidad para ponerse en los zapatos del otro: 3, 6, 18. Puntúa de 3 a 21.

2. *Cuestionario de Desgaste profesional médico*

Para medir el *burnout* se ha utilizado el Cuestionario de Desgaste Profesional del Médico (CDPM), desarrollada por Herrer y cols²⁰⁴. El cuestionario ha sido desarrollada directamente en español y validada en médicos. Se ha analizado su validez convergente con las escalas más usadas, como el *Maslach Burnout Inventory*. Consta de 4 sub-escalas que miden diferentes aspectos relacionados con el desgaste profesional y con la disponibilidad de herramientas de protección. Cada una de estas sub-escalas

puede utilizarse de manera independiente o juntas en una medida global de desgaste. Cada sub-escala analiza varios dominios:

- Escala de antecedentes:
 - Gerencia y supervisión: dificultades organizacionales procedentes de demandas de dirección y supervisores inmediatos, ausencia de respuesta ante demandas del profesional, ausencia de participación en la toma de decisiones y criterios de gestión o dirección contradictorios.
 - Presión temporal: situaciones laborales en las que la toma de decisiones, dedicación al paciente y desarrollo de objetivos asistenciales se desarrollan con apremio temporal
 - Deterioro social de la profesión: Evaluación negativa del prestigio social de la profesión, así como de la importancia, relevancia e impacto social del trabajo médico.
 - Interacción con el dolor y la muerte: demandas emocionales procedentes de la interacción cotidiana con complicaciones en la salud o muerte de los pacientes, dolor y/o angustia en los mismo y sus familiares, y prescripción de tratamientos dolorosos.
 - Presión social: demandas y requerimientos de los pacientes y la sociedad en general sobre el rol del médico, anteponiendo los derechos del paciente sobre sus obligaciones, y esperando de él la obligación de curar y de no cometer errores.
 - Dificultades de relación con los pacientes: dificultades en el trato de pacientes con problemas de comunicación, con un diagnóstico crónico o terminal, o con actitudes críticas o violentas frente al facultativo.
- Escala de síndrome de DPM:
 - Agotamiento: refleja una pérdida de energías y de recursos ante la situación socio-laboral con dificultad para afrontar la jornada laboral y sentimientos de extenuación al final de la misma.
 - Distanciamiento: describe una situación de falta de implicación y frialdad profesional, tanto con los pacientes como con la profesión en general.
 - Pérdida de expectativas: dimensión motivacional que describe un nivel de desajuste entre los valores del facultativo y los de

la institución, con elementos de desilusión respecto al sentido de la actividad profesional, reconocimiento y poder adquisitivo.

- Escala de consecuentes:
 - Deseos de abandono profesional: dimensión que describe la existencia de ideas sobre el abandono de la práctica profesional o deseos de cambio de servicio entre los facultativos.
 - Consecuencias físicas: repercusión sobre la salud física y consecuencias psicosomáticas del trabajo del médico.
 - Aislamiento socio-profesional: tendencia al aislamiento dentro del equipo de trabajo y a la evitación de situaciones sociales en relación con el mismo
 - Consecuencias emocionales: repercusión sobre la salud psicológica y emocional del trabajo en el médico.
- Recursos personales positivos:
 - Expresión verbal de la emociones: dimensión que evalúa la habilidad para expresar las emociones con un vocabulario amplio y variado
 - Compromiso: tendencia a involucrarse en los aspectos o áreas de la vida, incluido el trabajo, así como la tendencia a identificarse con lo que hace. Ello implica conocimiento de las metas y valores que orientan la conducta personal.
 - Comprensibilidad: Es la medida en que la estimación ambiental da una sensación cognitiva ordenada consistente y clara en vez de azarosa, caótico o desordenada. Supone la comprensión de las demandas del entorno y proporciona estabilidad.
 - Autocontrol emocional: Refleja en qué medida la persona es capaz de controlar sus propias emociones en función de lo requerido por la situación.

Cada ítem se mide en una escala de Likert de 1 a 4. La puntuación se calcula mediante la media de cada uno de los componentes. Se han establecido los siguientes puntos de corte:

- Nivel bajo: 1-1,99
- Nivel medio: 2-2,99
- Nivel alto: superior a 3

3. *Cuestionario de relación médico-paciente*

Para medir el efecto en la relación médico-paciente se siguieron las recomendaciones de Eveleigh²⁰⁵ se utilizó el Cuestionario de Relación Médico Paciente de 9 ítems²⁰⁶ (CREM-P 9) por los siguientes elementos: buenas características métricas, está validado en atención primaria, validado en castellano, probado en atención primaria en España y está disponible gratuitamente.

El cuestionario se tradujo y validó en castellano inicialmente en su versión de 13 ítems²⁰⁷, sin embargo, ha sido utilizado en atención primaria en su versión de 9 ítems²⁰⁸.

Es un cuestionario auto-administrado de 9 ítems, valorados en una escala de Likert de 5 puntos (1-5). Sin embargo, por error no detectado precozmente, en el primer sobre se envió a los participantes el cuestionario con una escala de Likert de 4 puntos. Dado que el objetivo era la comparabilidad entre la situación inicial y la final, se mantuvo el mismo modelo en el cuestionario final.

4. *Solicitud de un texto*

Dada la naturaleza de las tres actividades y su organización se consideró que se podría producir un cambio en el modo en que los participantes relataban sus experiencias clínicas, por lo que se les solicitó el relato de una experiencia clínica antes y después de realizar el curso.

La escritura de experiencias clínicas se puede utilizar como medida del nivel de reflexión, aplicando diferentes métodos de evaluación. Entre ellos están las rúbricas⁵⁰⁻⁵². Aunque no todos los autores están de acuerdo en el uso evaluativo de la escritura reflexiva⁴⁹. Ninguna de estas herramientas se ha validado o utilizado previamente en castellano, por lo que es difícil saber su utilidad.

Tras un primer análisis preliminar de los textos recibidos, se optó por realizar un análisis narrativo de las diferencias entre los textos antes y después del curso de aquellos participantes que remitieron ambos textos.

Reclutamiento de participantes

Para reclutar a los participantes se realizó una difusión del proyecto a través del Departamento de Formación de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife, de los responsables de formación de los diferentes centros de salud, correos electrónicos a través de las Unidades Docentes de Atención Familiar y Comunitaria, contactos personales de la investigadora y contactos con los directores de los centros de salud. Cuando se solicitó se realizaron reuniones con los profesionales para explicarles el proyecto.

Una vez mostraban su interés se les enviaba un sobre que contenía la información detallada, el consentimiento informado, los cuestionarios para el profesional y los

cuestionarios y consentimientos para los pacientes. Además, se incluyó el formulario para la inscripción en el curso con todos los datos del participante. Los sobres fueron devueltos al Departamento de Formación que entregaba a la investigadora todo el contenido excepto el formulario de matrícula.

Análisis estadístico

Dado el pequeño tamaño de la muestra, el análisis estadístico se ha realizado utilizando métodos no paramétricos. Los datos se presentan, salvo indicación de lo contrario, como mediana \pm rango intercuartílico. Para la comparación intra-grupos (antes-después) se ha utilizado el test de la suma de rangos de Wilcoxon para variables categóricas y el test de la U de Mann-Whitney para variables continuas y para las comparaciones entre cursos se ha utilizado el test de Kruskal-Wallis y para las comparaciones 2 a 2 se ha utilizado el test de la U de Mann Whitney. El análisis se ha realizado utilizando el programa estadístico R versión 3.3.2 ("Sincere Pumpkin Patch") Copyright (C) 2016 por The R Foundation for Statistical Computing.

Consideraciones éticas

El proyecto ha sido evaluado y aprobado por el CEIC del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria con fecha 29 de julio de 2015 (Anexo III: Aprobación por el Comité de Ética) y autorizado por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife (Anexo IV: Autorización por la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife).

Se obtuvo el consentimiento informado de profesionales y pacientes para su participación en el estudio.

RESULTADOS

Se interesaron por el proyecto 27 profesionales. De ellos, 21 médicos aceptaron participar. 20 remitieron el cuestionario inicial, pero uno de los cuestionarios llegó incompleto y también fue descartado. Finalmente 19 médicos fueron aleatorizados a uno de los tres cursos (7 EC, 6 MN-ER, 6 MN-LM).

Terminaron su curso solamente 7 participantes (4 EC, 1 MN-ER, 2 MN-LM).

Devolvieron el cuestionario final 11 participantes.

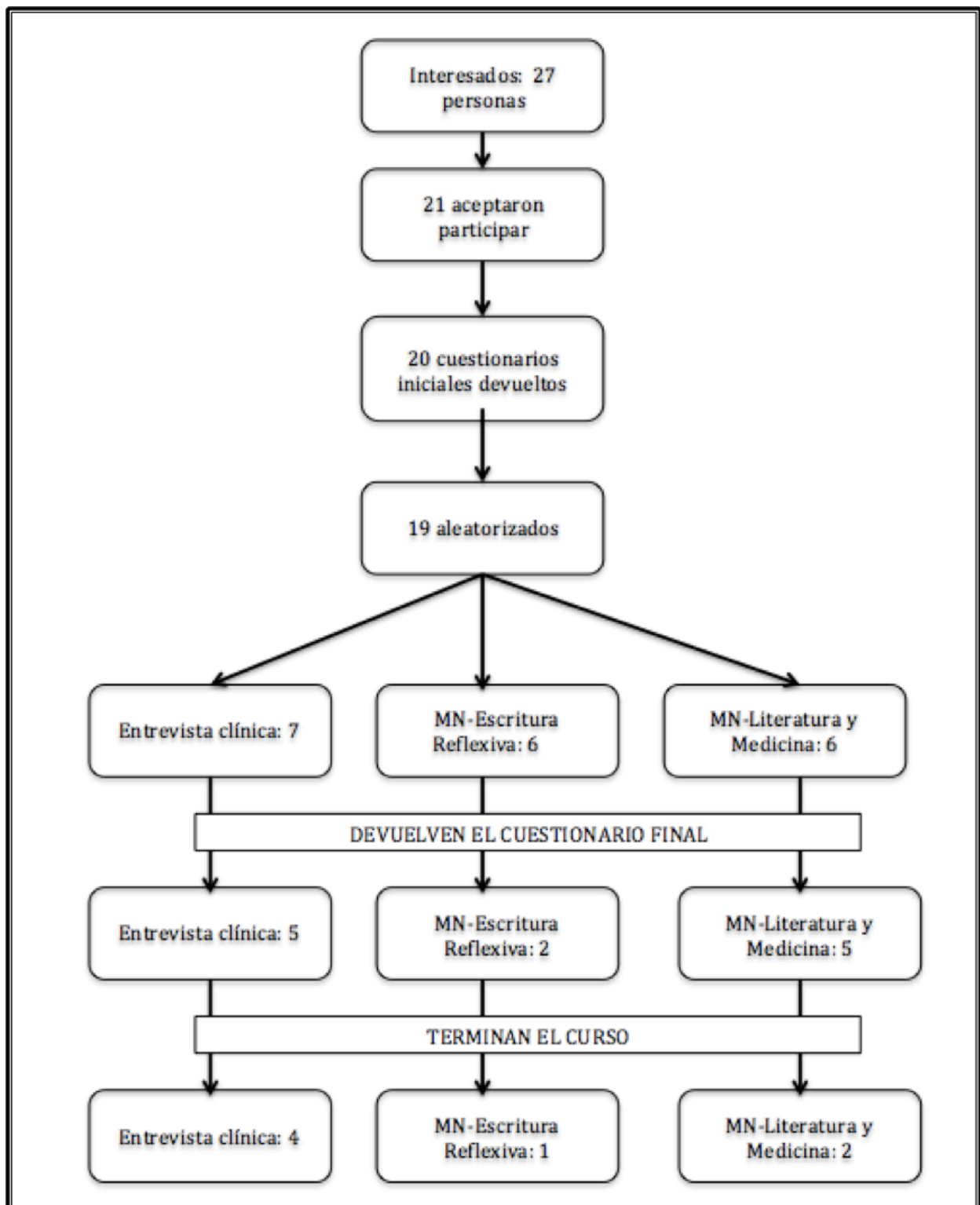


Figura 6. Esquema de distribución de los participantes en el estudio

El número de abandonos (superior al 30%), así como la baja participación, afectan a la capacidad de este estudio para encontrar diferencias estadísticamente significativas o asegurar que no existen tales diferencias. Por ello se realizará un análisis descriptivo de los resultados, destacando aquellos que, a pesar de las limitaciones, han alcanzado significación estadística. Salvo que se especifique otra cosa, los datos se darán en formato (mediana, rango intercuartílico) dado que la baja cantidad de participantes convierte a la mediana en la medida de centralidad más adecuada.

La distribución sociodemográfica de los participantes y sus características en cuanto a experiencia laboral, experiencia y formación en entrevista clínica pueden verse en la Tabla 6^{rrrr}.

En cuanto a la distribución por cursos, no hay diferencias significativas en ninguna de las variables entre los tres cursos. Tampoco hay diferencias significativas en las medidas de resultado principales (empatía y sus componentes, desgaste profesional y sus componentes y cuestionario de relación médico-paciente). Los valores pueden verse en la Tabla 7.

Factibilidad y opinión sobre el curso:

Los cursos se diseñaron y realizaron en una plataforma Moodle. Solo 7 de los 19 participantes (37,84%) terminaron su curso, con la siguiente distribución: Entrevista clínica, 4 de 7 (57,14%); Medicina Narrativa-Escritura Reflexiva, 1 de 6 (16,67%); Literatura y Medicina, 2 de 6 (33,33%). Contestaron a la evaluación del curso 10 participantes.

Los motivos aducidos para no terminar el curso, entre los que devolvieron el cuestionario sin terminarlo (5 participantes), fueron: falta de tiempo para hacerlo (3 de 5), curso complicado (1 de 5) y varios motivos (falta de tiempo, complicado y curso sin interés) (1 de 5). Destaca que los motivos diferentes a falta de tiempo los mencionan solo los alumnos del curso de literatura y medicina.

En cuanto a las opiniones sobre los cursos y los profesores, se ha recogido la siguiente información (mediana [rango intercuartílico]):

•	Aplicabilidad	7,5 [6,25-9,75]
•	Calidad de los medios	6,5 [5,25-8,00]
•	Contenido	7,0 [5,25-8,00]
•	Método	6,0 [4,25-6,00]
•	Puntuación global	7,0 [5,25-8,00]

^{rrrr} las tablas están disponibles en el anexo VIII.

Por cursos, la puntuación obtenida por los cursos es la siguiente:

	Entrevista Clínica	MN-Escritura Reflexiva	MN-Literatura y Medicina
n	4	2	4
Aplicabilidad	10,00 [9,25; 10,00]	6,00 [5,50; 6,50]	7,00 [5,25; 8,25]
Calidad Medios	7,50 [6,75; 8,00]	5,50 [5,25; 5,75]	6,50 [4,50; 8,00]
Contenido	7,50 [7,00; 8,00]	5,50 [5,25; 5,75]	6,50 [4,75; 8,25]
Metodología	6,00 [4,75; 6,50]	5,50 [5,25; 5,75]	5,00 [4,00; 6,50]
Global	7,50 [7,00; 8,25]	5,50 [5,25; 5,75]	6,50 [4,75; 8,00]

Salvo para la puntuación sobre el método de enseñanza, en que se da una puntuación similar en los tres cursos, en el resto de apartados se aprecia una mayor puntuación en el curso de entrevista clínica respecto al del MN-ER, mientras que el de MN-LM presenta una alta variabilidad de puntuaciones. Hay que tener en cuenta que el método de enseñanza (online) está aún poco implantado en el contexto en que se ha realizado el curso (Gerencia de Atención Primaria de Tenerife) y esto afecta por igual a los tres cursos. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los cursos (aunque destaca la puntuación de aplicabilidad del curso de Entrevista Clínica, posiblemente por el pequeño tamaño de la muestra, no se detecta diferencia). Las puntuaciones son, en general, bajas, para los cursos de medicina narrativa (horquilla de 5 a 7, sobre un máximo de 10).

En cuanto a las opiniones cualitativas sobre los cursos, se obtuvieron a partir de la encuesta oficial de satisfacción, de manera anónima y no relacionada con el resto de datos de los participantes, y de las intervenciones en el debate de cierre del curso. Destacan las siguientes:

- Curso Entrevista Clínica: los alumnos destacan la utilidad del contenido (*“de bastante aplicación en mi consulta”, “me ha servido mucho”*), y que se ha tratado de una *“experiencia gratificante e “interesante”*. Como aspectos a mejorar indican la falta de tiempo para una cantidad de teoría grande (aconsejan ampliar el tiempo de duración del curso) y la necesidad de mejorar la interacción tutor-alumno. También refieren algunos problemas con la plataforma de formación y que las condiciones de participación estén muy claras desde el principio.
- Curso MN-Escritura Reflexiva: ningún participante contestó la encuesta anónima. En el espacio de debate, una intervención refiere que, aunque parecía *“cuesta arriba me ha resultado de lo más positivo”*. Ha sido positiva la participación de las tutoras. Como aspectos a mejorar, el tiempo para realizar las actividades se ha considerado insuficiente y se recomienda incluir situaciones difíciles o complicadas dentro de los contenidos.

- Curso MN-Literatura y Medicina: en positivo se ha destacado *“los conocimientos altamente adecuados para nuestro desarrollo profesional y personal”, “novedoso e interesante”*, los textos han sido del agrado de los participantes y el curso ha ido apasionando. También el método ha gustado. El curso ha cumplido las expectativas, aunque al principio, los alumnos se esperaban otra cosa. Como aspectos a mejorar se destaca: la complejidad del curso hace que sea difícil coger el ritmo, que la duración se considera corta, y el tiempo para entregar las actividades demasiado corto. También se considera que la participación en los debates ha sido escasa y que el tutor debería haber participado e interactuado más con los alumnos. También los problemas técnicos con la plataforma han sido un obstáculo para el seguimiento correcto del curso.

Impacto en la empatía, burn-out y relación médico-paciente

En cuanto a los resultados finales, la escasa potencia estadística debido al tamaño muestral reducido y al número de abandonos no permite obtener resultados significativos. Para analizar el resultado de los diferentes cuestionarios tras los cursos se han realizado dos comparaciones:

1. **Comparación de resultados finales entre cursos** (Tabla 8): solo aparece una diferencia en el factor 1 de empatía (toma de perspectiva) a favor de los participantes en el curso de Entrevista Clínica, que es estadísticamente significativa, aunque no se consigue significación estadística al comparar dos a dos los cursos. Para el resto de variables medidas no hay diferencias.

2. **Comparación de la diferencia entre los valores finales y los valores iniciales** (Tabla 9): en este caso, tanto en el valor global de la empatía como en el factor 1 son diferentes. Para la empatía global y el factor 1 no hay diferencias en las comparaciones a pares, pero sí una mejoría en los valores para los alumnos del curso de Entrevista Clínica. Se aprecia una diferencia, no significativa, para el factor 3 entre el curso de Literatura y Medicina y el de Entrevista Clínica.

Dado que solo dos alumnos del curso Escritura Reflexiva devolvieron el cuestionario final, los resultados no pueden ser valorados estadísticamente.

El análisis para cada variable resultado nos aporta lo siguiente:

- **EMPATÍA:**

Se aprecia un posible cambio en los valores de empatía, que tiende a ser positivo (aumento de la empatía) en el curso de EC mientras que no son valorables en el resto de cursos, por la escasa participación.

Esta tendencia ocurre a expensas del factor 1 (toma de perspectiva), mientras que para los factores 2 (compasión), los valores de los alumnos del curso de MN-ER parecen aumentar ligeramente, y para el factor 3, ocurre algo similar en el curso MN-LM.

• **DESGASTE PROFESIONAL MÉDICO**

Para evaluar el desgaste profesional se han analizado las puntuaciones de los diferentes componentes del CDPM, descritos en la página 79. Un primer análisis de las puntuaciones en los diferentes componentes del Cuestionario de desgaste profesional médico permite apreciar el perfil general. Se puede ver que los componentes del cuestionario que contribuyen más al desgaste profesional son los elementos externos (antecedentes) y los recursos personales positivos, que tienen puntuaciones por encima de 2,5 en una escala de 4. Destacan la presión temporal, la interacción con el dolor y la muerte y la presión social, entre los antecedentes, y la expresión verbal de las emociones y el compromiso, entre los recursos personales positivos, todos con puntuaciones superiores a 2,5. Por el contrario, el síndrome de desgaste en sí mismo y sus consecuencias (consecuentes) se sitúan en niveles más bajos (la mayoría de los ítems están por debajo de 2).

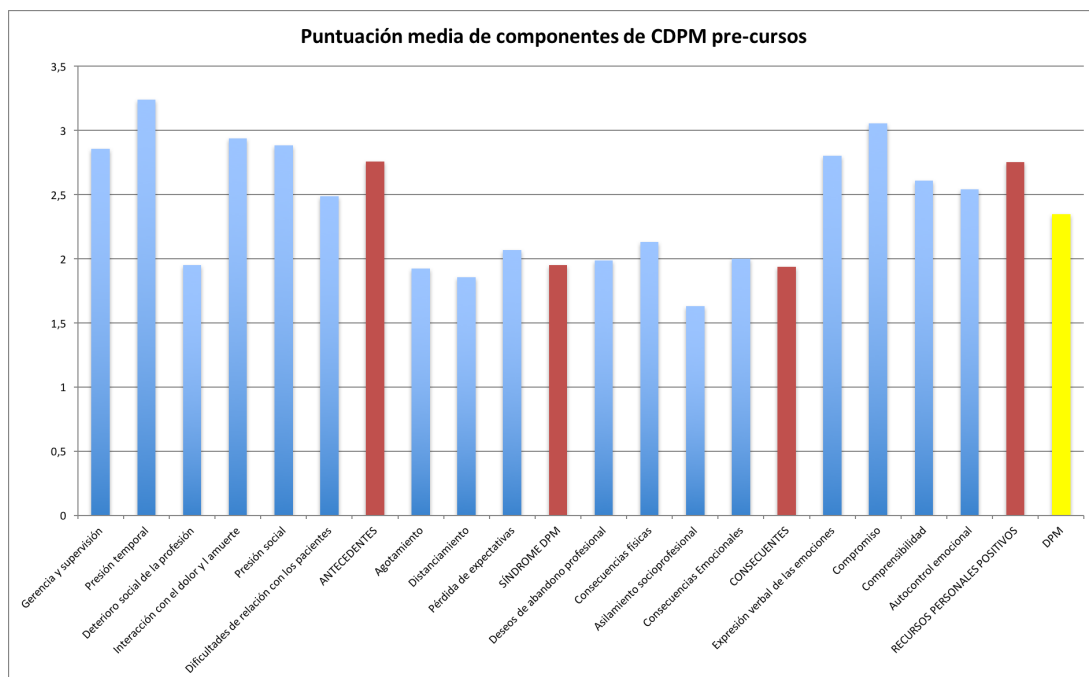


Gráfico 6. Puntuación media de los componentes del DPM previo a los cursos

La puntuación global posterior a los cursos es muy similar.

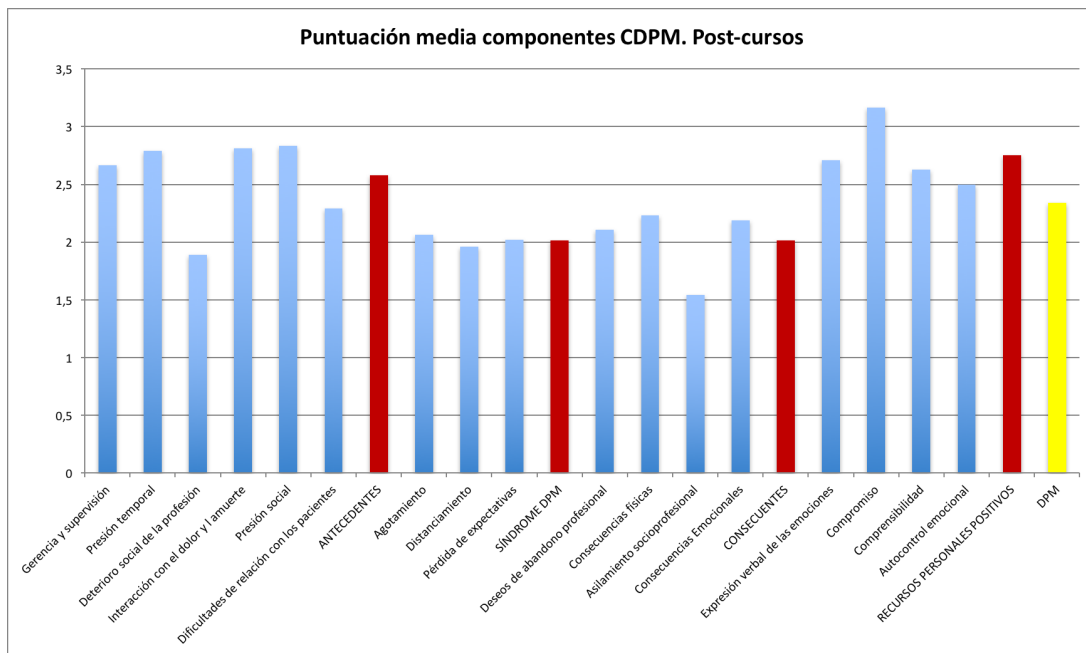


Gráfico 7. Puntuación media de componentes del DPM posterior a los cursos

Si analizamos el cambio producido en los valores de DPM según el curso realizado se encuentra que la variación más destacada ocurre en el curso de MN-LM.

El análisis gráfico de la diferencia entre los valores posteriores a los cursos y los valores previos, permite ver cómo parece aumentar el desgaste entre los participantes en el curso de EC, mientras que se mantiene o disminuye ligeramente en los otros dos cursos, sin que haya diferencias significativas.

La variación componente a componente por curso (en cada una de sus dimensiones) se muestra en el siguiente gráfico. Se puede apreciar que hay algunas dimensiones que empeoran (respecto al resto) en los participantes en el curso de EC (interacción con el dolor y la muerte, agotamiento, deseos de abandono de la práctica profesional, consecuencias emocionales) y algunos que empeoran en el curso de MN-ER (presión social, distanciamiento, compromiso). Entre los participantes en el curso de MN-LM empeora la dimensión de consecuencias emocionales y algo menos, el compromiso. Hay una mejoría general en la escala de antecedentes (que, por definición, no debería estar influenciada por la formación) y un empeoramiento generalizado de las dimensiones del componente de recursos personales positivos, que sí podría haberse visto influida por la formación. El DPM global mejora para los cursos de MN y empeora para el de EC.

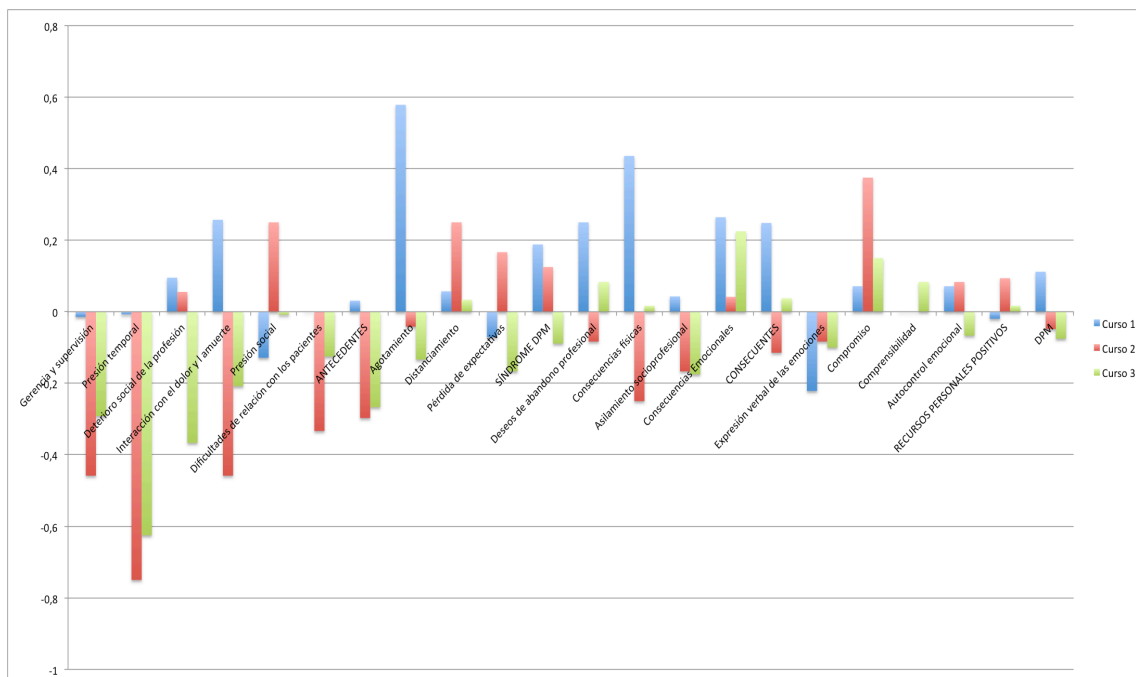


Gráfico 8. Variación de puntuación (posterior-anterior) para todas las dimensiones y componentes del CDPM

- CUESTIONARIO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE (CREM-P 9).

No se detectaron diferencias significativas entre las puntuaciones posteriores y anteriores a los cursos, ni intra-curso ni entre ellos. La puntuación se mantiene en el rango alto en ambas medidas para todos los cursos.

Análisis de los textos escritos por los participantes.

En los cuestionarios inicial y final se solicitó a los participantes que escribieran sobre un encuentro clínico que les hubiera llamado la atención. Diez participantes escribieron en ambos momentos. Se ha realizado un análisis cualitativo del contenido de estos textos (que están disponibles en el anexo).

El análisis se realiza par a par, agrupados por cursos. Se indica entre paréntesis si el alumno terminó o no el curso.

- Curso: Entrevista Clínica
 - A.1 y A.2^{SSSS} (sí terminó el curso): el tema de ambos textos es el desencuentro en la relación clínica y el malestar del profesional ante este desencuentro. En el texto posterior al curso aparece una breve reflexión personal sobre el posible papel del profesional en el desencuentro, mientras que el primer texto es solamente descriptivo de la situación.

^{SSSS} Los códigos indican el/los texto/s que se analizan y que están a texto completo en el anexo.

- B.1 y B.2 (sí terminó el curso): En ambos casos el tema central es la importancia de la escucha en la consulta. En el primer texto, aparece la satisfacción del profesional cuando se le reconoce su capacidad de escuchar, el sentimiento de estar haciéndolo bien. En el segundo texto, se reflexiona sobre los déficits de comunicación y como una técnica equivocada puede causar problemas a los pacientes. Este texto es más complejo que el primero, con inclusión de diálogo. En ambos se reflexiona sobre la actitud del profesional en el proceso de comunicación.
- C.1 y C.2 (sí terminó el curso): el autor presenta dos casos clínicos de enfermedades que le han llamado la atención, en formato clásico (presentación, anamnesis, exploración, tratamiento, evolución, diagnóstico diferencial y aprendizaje sobre el caso). Son una muestra de un género peculiar de la práctica médica (el caso clínico). No hay elementos personales en la narración, ni sobre el profesional que escribe ni sobre el paciente.
- D.1 y D.2 (sí terminó el curso): el primer texto tiene como tema la importancia de escuchar y de explorar apoyado en el relato de un error de diagnóstico. Presenta un caso clínico, acompañado de los antecedentes (el error previo) que explican la desconfianza sentida por el profesional. Es un texto reflexivo sobre los riesgos de la práctica. El segundo texto, mucho más corto, es una reflexión apoyada en una experiencia, sobre la utilidad de hacer cursos como el realizado y el beneficio que ha obtenido de ello. En ambos textos destaca la “impersonalidad” del paciente.
- Curso: Medicina narrativa-Escritura Reflexiva
 - E.1 y E.2 (sí terminó el curso): el tema de ambos textos es la presencia/impacto de problemas de tipo social y familiar en los pacientes. Hay una diferencia relevante entre ambos:
 - El primer texto está escrito en tercera persona, es la historia de la paciente y su mala suerte. Destaca el uso de mayúsculas para calificar a los participantes en la acción.
 - El segundo texto está escrito en primera persona. El médico es también protagonista, actúa para solucionar el problema, reflexiona sobre ello.
 - F.1 y F.2 (no terminó el curso): presenta un tema común: el paciente que se redime y vuelve a la senda del cumplimiento de las recomendaciones médicas. En este caso hay también una diferencia entre ambos textos. El primero es más impersonal, el paciente no

tiene nombre, es un caso. El médico escribe sobre su satisfacción personal cuando el paciente cumple sus recomendaciones. En el segundo texto, el paciente sigue sin tener nombre, pero ya aparece un relato de su situación personal y familiar, que le da mayor apariencia de ser alguien único. El texto es más largo, se incluyen múltiples detalles emocionales. También este caso termina con la redención del paciente (“ha aprendido la lección”) pero el profesional no incluye reflexiones sobre su papel o sentimientos ante el caso.

- Curso: Medicina Narrativa: Literatura y Medicina:
 - G.1 y G.2 (sí termina el curso): se trata de dos textos muy breves, con algunas diferencias remarcables. En el primer texto, el tema central es el paciente incumplidor. Aparece como una historia impersonal. En el segundo texto aparece un relato más narrativo, el paciente tiene nombre, tiene sentimientos, habla en la historia. Además, en el segundo texto “aparece” la médica, reflejada en las palabras del protagonista.
 - H.1 y H.2 (no termina el curso): este es el par de textos donde la diferencia entre ambos es mayor. El primer texto es una reflexión general que hace el profesional sobre su vida y su práctica como médico, sin centrarse en ningún episodio concreto (que era lo solicitado). En el segundo, se presenta, en formato esquema, un relato (la historia, aunque no la narración) de una paciente que ha impactado al médico profundamente. En el cuerpo principal solo hace uso de sustantivos, pero en la frase final (breve) resume toda la frustración que la historia le revela. Con simplicidad es capaz de transmitir un relato completo (un relato para el que puede ser que no tenga palabras).
 - I.1 e I.2 (no termina el curso): ambos textos tienen como tema central la complacencia del médico ante el reconocimiento por parte del paciente. El segundo texto es más breve y con menos complejidad que el primero. Sin detalles. El protagonista de ambos es el médico.
 - J.1 y J.2 (no termina el curso): el primer texto es el relato de una pérdida (la muerte inesperada de una paciente por suicidio): el texto es complejo, con cambios temporales y recuerdos. Se incluye una reflexión sobre el impacto de la historia en el profesional. El segundo texto es menos complejo, con todos los acontecimientos ordenados temporalmente. El profesional prácticamente no existe,

es la historia del paciente y su encuentro (desencuentro) con el error diagnóstico. Se narra como si el profesional no estuviera, pero está claro que solo ha podido conocer la historia completa de boca del paciente.

En resumen, podemos ver que el cambio en los escritos antes y después de los cursos es muy variable. Desde el caso más llamativo (textos H.1 y H2) hasta el menos (C.1 y C.2), hay una amplia variedad de cambios en la escritura que no se pueden atribuir totalmente a los cursos, aunque sí se puede ver como participantes en el curso de entrevista clínica dan más importancia a la comunicación, en algunos casos (como el E.2) aparecen muestras de reflexión que no existían en el previo y, finalmente, en dos de los participantes en el curso de literatura y medicina, se produce un cambio en el estilo narrativo, hacia textos más elaborados.

DISCUSIÓN

La escasa participación y el alto número de abandonos hace difícil extraer conclusiones definitivas de este parte del trabajo. Pero a pesar de ello, es posible extraer algunas conclusiones interesantes sobre la experiencia y plantear nuevas hipótesis de trabajo.

El problema del número de abandonos en formación online no es nuevo. En general, la tasa de deserción en cursos a distancia es elevada. Por ejemplo, en un estudio realizado en ámbito sanitario (Hospital Italiano de Buenos Aires), la tasa de abandonos por parte de los médicos fue del 28%²⁰⁹. En otro curso sobre herramientas informáticas, la tasa de abandono fue del 22%¹⁹⁰. No se dispone de datos generales sobre el número de abandonos en nuestro entorno, posiblemente porque la implantación de formación online para médicos en el Área de Salud de Tenerife se encuentra aún en fase inicial, con poca oferta formativa. Esta situación hace que los profesionales de esta área no tengan práctica, en general, en la realización de cursos online.

La causa más frecuentemente referida para justificar el abandono de los cursos de este proyecto fue la falta de tiempo. Desconocemos los motivos de los participantes que no devolvieron el cuestionario final (siete participantes).

A pesar de ello, la formación online permitió acceder al curso a profesionales que trabajan o residen en puntos alejados entre ellos, facilitando una accesibilidad que no existiría en el caso de que la formación fuera presencial.

Otros elementos que dificultaron el éxito de los cursos están relacionados con los recursos disponibles para su realización: los tutores eran expertos en su campo, pero no tenían formación específica en medicina narrativa ni experiencia previa en formación online. Esta dificultad ha sido ampliamente comentada en textos sobre

formación online y sobre el rol del docente en este tipo de cursos²¹⁰. Es probable también que la falta de formación de los tutores en MN haya dificultado conseguir un enfoque del curso más orientado a los principios de la medicina narrativa.

Sin embargo, la escasa participación en cursos o talleres de medicina narrativa presenciales en entornos profesionales parece ser una constante. En los trabajos de Winkel y cols., la participación media no llegó a la mitad de las sesiones previstas^{167,168}, a pesar de realizarse en un tiempo reservado y obligatorio de formación. El abordaje de este problema debería ser una prioridad, puesto que está claro que, para poder evaluar si la formación en medicina narrativa en formación médica continuada es de utilidad, primero hay que conseguir una participación aceptable. Probablemente sean necesarios incentivos para conseguir este nivel de participación, aunque pudieran no ser suficientes (en este proyecto se incentivó a los profesionales contabilizando el tiempo de formación online como tiempo de trabajo).

Otro de los elementos a considerar es la elección del grupo control. Se estimó que la formación en entrevista clínica podía funcionar como “formación habitual”, sin embargo, se ha detectado que dicha formación, aunque no cumple con los requisitos básicos establecidos para la formación en entrevista clínica²¹¹, ha conseguido cambios en algunos parámetros, como la empatía, en mayor medida que los cursos considerados como intervención. Esto deja la puerta abierta a considerar metodologías formativas en entrevista clínica tipo *e-learning* o *b-learning*.

Por supuesto, otro de los elementos a tener en cuenta, es el procedimiento elegido para valorar el impacto de la formación. Está en discusión si la formación en áreas humanísticas debe evaluarse con métodos cuantitativos o éstos no son capaces de detectar realmente lo que son los objetivos de esta formación¹⁸¹. El debate sobre cuál debe ser el método más adecuado para valorar la utilidad de la formación humanística en el médico está abierto y, mientras no dispongamos de una serie de herramientas estandarizadas, parece que la investigación de tipo cualitativo es la que mejor nos acerca a la evaluación de los objetivos que subyacen a este tipo de formación.

Otra limitación fundamental ha sido el tamaño muestral, que ha resultado insuficiente, y la tasa de abandonos que ha sido también demasiado alta. Al tratarse de cursos que abordan conceptos desconocidos para la gran mayoría de los profesionales sanitarios en nuestro contexto, es difícil captar su atención para que deseen participar. También el hecho de no ser cursos con una aplicación directa en la consulta (como podría ser un curso de reanimación cardiopulmonar) puede disminuir el interés en una época en la que la eficiencia del tiempo dedicado a la formación es una necesidad de los profesionales.

Sin embargo, de este proyecto se pueden extraer algunos elementos positivos. En primer lugar, es factible (aunque complejo) poner en marcha cursos de medicina

narrativa (e incluso de entrevista clínica) en formato e-learning. Se trata del primer curso de estas características. La oferta de cursos online de medicina narrativa es muy escasa incluso en entornos donde su presencia está más extendida, como los EE.UU.^{tttt}Es, por tanto, un punto de partida para desarrollos posteriores.

Los cursos han resultado de interés para los participantes, aunque se destacan algunas áreas de mejora, relacionadas con el cronograma (el tiempo de dedicación a cada tarea y tema ha resultado insuficiente), con la participación de los tutores en general y con problemas técnicos. Trabajar estas áreas puede aumentar el interés y el impacto de la formación. También es posible que un cambio a un modelo de semi-presencialidad, con alguna o algunas sesiones cortas para explicar los fundamentos, la plataforma y permitir el intercambio en persona, puedan añadir más valor a la formación. Hay que tener cuenta que la interacción grupal es una de las características más valoradas en la revisión realizada sobre este tema e incluida en este trabajo.

Este trabajo, más que confirmar hipótesis, plantea nuevas hipótesis de trabajo. Las primeras relacionadas con la metodología de formación. Es necesario saber si una metodología mixta (*tipo blended-learning*) podría combinar lo mejor de la formación presencial con las ventajas temporo-espaciales de la formación a distancia. Además, permitiría valorar si se obtienen además las ventajas relacionadas con la identificación grupal que se han descrito en otros trabajos^{28,55,57,105,165,166}.

Una segunda hipótesis de trabajo tiene relación con la formación en entrevista clínica. La formación habitual se realiza con cursos presenciales de alrededor de 20 horas para el nivel básico. La posibilidad de utilizar una metodología que requiera menos presencialidad podría ayudar a extender la formación y sobre todo a mantener los conocimientos al día.

Finalmente, está abierta la investigación en formación en medicina narrativa para médicos en ejercicio activo. Es necesario conocer cuáles puede ser la mejor opción formativa, que sea atractiva y compatible con la vida profesional y personal. Sin conseguir realizar una formación correcta no es posible saber si tiene algún impacto en los profesionales y, sobre todo, si tiene impacto en los pacientes. Y, lo que es aún más importante, sin una masa crítica formada, no será posible adaptar el conocimiento

^{tttt} Existen dos cursos de medicina narrativa de nivel universitario que se desarrollan con metodología blended-learning (con distinto nivel de semipresencialidad): uno corresponde al Center of Narrative Practice (<http://narrativepractice.org>) y lleva varios años en funcionamiento. El otro, de la Universidad de Columbia (<http://sps.columbia.edu/certificates/narrative-medicine-certificate>), comenzará a funcionar el próximo curso escolar. Cursos más cortos en esta materia son muy escasos. El único curso establecido con experiencia es el que realiza Mehl-Madrona (<http://www.coyoteinstitute.us/narrativemedicinecourse.html>), aunque existen otros (<https://www.creativenonfiction.org/narrative-medicine>). Por supuesto, ninguno en castellano hasta este momento.

derivado de la medicina narrativa a la práctica habitual en la consulta en nuestro contexto.

La experiencia, aunque no haya cumplido todas las expectativas, es un punto de partida para un campo novedoso en nuestro entorno, tanto en contenido como en el método de enseñanza-aprendizaje. La investigación en este campo debería llevarnos a conocer cuáles son las fortalezas del aprendizaje de medicina narrativa en atención primaria en nuestro contexto y cuáles son los mejores métodos de aprendizaje, tanto en lo que se refiere a la efectividad del aprendizaje como a su accesibilidad.

6 CONCLUSIONES

1. La medicina narrativa es un campo emergente, de relevancia e interés para la educación médica, con una amplia representación internacional y escasa presencia en España.

2. La medicina narrativa se encuentra dentro de un contexto más amplio de “narrativas en medicina” en el que también se incluyen otros campos como la “literatura y medicina” y la “formación del profesional reflexivo”, mediante la utilización de herramientas como la lectura atenta y la escritura reflexiva.

3. La formación en medicina narrativa, en todas las etapas de la formación médica (estudiantes, residentes y médicos en activo), desencadena un proceso de transformación mediado por el aprendizaje de habilidades (atención, representación, conocimiento), y actitudes (emociones, toma de perspectiva, empatía, reflexión) que puede repercutir en la relación médico-paciente y de los profesionales entre sí.

4. La formación en medicina narrativa tiene también efectos en otros ámbitos como la capacidad de auto-reflexión y la creación de una identidad grupal con los pares.

5. El impacto directo en el cuidado de los pacientes de la formación en medicina narrativa no ha sido evaluado aún de manera suficiente. Y la investigación sobre el impacto de la formación en medicina narrativa en médicos (no residentes ni estudiantes) es muy escasa y no concluyente.

6. Los instrumentos estandarizados cuantitativos de medida de algunas características de los profesionales sanitarios, como el burn-out, la empatía o los conocimientos, parecen no ser adecuados para analizar los cambios producidos por la exposición a la medicina narrativa.

7. Sin embargo, el análisis cualitativo permite intuir cambios en la apreciación y el relato de la interacción médico-paciente.

8. Un curso online de formación en medicina narrativa no reúne las características adecuadas para este tipo de formación, sobre todo por carecer de trabajo grupal.

9. Se constata la importancia y relevancia de continuar trabajando en la implantación de la formación en medicina narrativa en todos los niveles formativos (grado, postgrado, especialización y formación continuada) con el fin de facilitar la transformación de los profesionales hacia una práctica más reflexiva y centrada en la persona.

BIBLIOGRAFÍA

7 BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Las siguientes referencias bibliográficas corresponden a publicaciones fundamentales para conocer el concepto de medicina narrativa y su desarrollo:

1. Artículos:
 - a. Charon R. Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Ann Intern Med.* 2001;134(1):83-7
 - b. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA.* 17 de octubre de 2001;286(15):1897
 - c. Charon R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative.* 2005;13(3):261–270
 - d. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close reading and creative writing in clinical education: Teaching attention, representation, and affiliation. *Academic Medicine.* 2016;91(3):345-50.
2. Libros:
 - a. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness.* Oxford; New York: Oxford University Press; 2006
 - b. Charon R. et al. *The principles and practice of narrative medicine.* New York, NY: Oxford University Press; 2017.
 - c. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice.* London: BMJ Books; 1998.
 - d. Montgomery K. *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge.* Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991
 - e. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics.* Paperback ed. Chicago: University of Chicago Press; 1997.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. López Bastida J, Oliva J, Antoñanzas F, García-Altés A, Gisbert R, Mar J, et al. Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. *Gac Sanit.* marzo de 2010;24(2):154-70.
2. Ruiz Moral R, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. *Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: Semfyc; 2004.
3. Schachter EP. "When possible, make a U-turn": Reflecting on 'the narrative turn', meaning, morality and identity. *Narrat Inq.* 1 de enero de 2012;22(1):186-93.
4. Montegudo JG. Jerome Bruner and the challenges of the narrative turn: Then and now. *Narrat Inq.* 1 de enero de 2011;21(2):295-302.

5. Holmgren L, Fuks A, Boudreau D, Sparks T, Kreiswirth M. Terminology and Praxis: Clarifying the Scope of Narrative in Medicine. *Lit Med*. 2011;29(2):246-73.
6. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books; 1989. 284 p.
7. Frank AW. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Paperback ed. Chicago: University of Chicago Press; 1997. 213 p.
8. Montgomery K. *Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge*. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991.
9. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books; 1998.
10. Greenhalgh T. Narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*. 30 de enero de 1999;318(7179):323-5.
11. Launer J. Narrative based medicine: A narrative approach to mental health in general practice. *Br Med J*. Enero de 1999;318(7176):117-9.
12. Jones AH. Narrative in medical ethics. *BMJ*. Enero de 1999;318(7178):253-6.
13. Elwyn G, Gwyn R. Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ*. 1999;318(7177):186.
14. Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? *BMJ*. 1999;318(7175):48.
15. Greenhalgh T. *How to read a paper: the basics of evidence-based medicine*. Chichester, West Sussex, UK; Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2010.
16. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* [Internet]. 13 de junio de 2014;348. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725.abstract>
17. Greenhalgh T, Research NT for, Services PS in H. What seems to be the trouble?: stories in illness and healthcare [Internet]. Radcliffe; 2006 [citado 9 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ritsumei-human.com/hsrc/resource/06/p60-66.pdf>
18. Greenhalgh T, Collard A. *Narrative based health care: sharing stories : a multi-professional workbook*. Kindle Edition. London: BMJ; 2008.
19. Launer J. *Conversations inviting change* [Internet]. 2016 [citado 10 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.conversationsinvitingchange.com/>
20. Launer J. *Narrative-based primary care: a practical guide*. Abingdon, Oxon, U.K.: Radcliffe Medical Press; 2002.
21. Mehl-Madrona L. The nature of narrative medicine. *Perm J*. 2007;11(3):83-6.
22. Mehl-Madrona L. *Narrative medicine: the use of history and story in the healing process*. Rochester, Vt: Bear & Co; 2007. 344 p.
23. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2006.
24. Charon R. *The principles and practice of narrative medicine*. New York, NY: Oxford University Press; 2017. 347 p.
25. Charon R. Narrative medicine: Form, function, and ethics. *Ann Intern Med*. 2001;134(1):83-7.
26. Charon R. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. *JAMA*. 17 de octubre de 2001;286(15):1897.

27. Charon R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. *Narrative*. 2005;13(3):261–270.
28. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. Sounding Narrative Medicine: Studying Students' Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Acad Med*. febrero de 2014;89(2):335-42.
29. Jones AH. Why teach literature and medicine? Answers from three decades. *J Med Humanit*. diciembre de 2013;34(4):415–428.
30. Bolton G. Medicine and literature: writing and reading. *J Eval Clin Pract*. 2005;11(2):171–179.
31. Shapiro J, Morrison E, Boker J. Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Educ Health Change Learn Pract*. 1 de marzo de 2004;17(1):73-84.
32. Lancaster T, Hart R, Gardner S. Literature and medicine: evaluating a special study module using the nominal group technique. *Med Educ*. noviembre de 2002;36(11):1071-6.
33. Hall P, Weaver L, Fothergill-Bourbonnais F, Amos S, Whiting N, Barnes P, et al. Interprofessional education in palliative care: a pilot project using popular literature. *J Interprof Care*. Enero de 2006;20(1):51-9.
34. Shapiro J, Duke A, Boker J, CS A. Just a spoonful of humanities makes the medicine go down: introducing literature into a family medicine clerkship. *Med Educ*. junio de 2005;39(6):605-12.
35. Jacobson L, Grant A, Hood K, Lewis W, Robling M, Prout H, et al. A literature and medicine special study module run by academics in general practice: two evaluations and the lessons learnt. *Med Humanit*. 1 de diciembre de 2004;30(2):98-100.
36. Muskievicz KE. Literature and Medicine and Narrative Medicine: A Distinction between Terms [Internet] [Ph.D.]. [Ann Arbor]: The University of Texas Medical Branch Graduate School of Biomedical Sciences; 2012. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1151136920?accountid=15299>
37. Charon R. Literature and medicine: origins and destinies. *Acad Med*. 2000;75(1):23–27.
38. Charon R. Reading, Writing, and Doctoring: Literature and Medicine. *J Med Sci May* 2000. 2000;319(5):285-91.
39. Hampshire AJ, Avery AJ. What can students learn from studying medicine in literature? *Med Educ*. 2001;35(7):687–690.
40. Calman KC, Downie RS, Duthie M, Sweeney B. Literature and medicine: a short course for medical students. *Med Educ*. julio de 1988;22(4):265-9.
41. Baños J-E. El valor de la literatura en la formación de los estudiantes de medicina. *Educ Médica*. 2003;6(2):37–43.
42. Cantabrana B, González-Rodríguez S, Bordallo J, Hidalgo A. Utilización de relatos literarios como actividad formativa para la enseñanza de la medicina en la Universidad de Oviedo. *FEM Rev Fund Educ Médica*. 2016;19(4):205–215.
43. Barbado Hernández FJ. Medicina y literatura en la formación del médico residente de medicina interna. *An Med Interna*. 2007;24:195–200.
44. Baños JE, Guardiola E. Medicina y Literatura: el valor de las palabras. 2014 [citado 11 de mayo de 2017]; Disponible en:

https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/125523/1/RMC_2015_vol11_num1_editorial2_es.pdf

45. Montiel L. *Alquimia del dolor: estudios sobre medicina y literatura*. Tarragona: URV; 2014.
46. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close Reading and Creative Writing in Clinical Education: Teaching Attention, Representation, and Affiliation. *Acad Med*. julio de 2015;1.
47. Bolton G. *Reflective practice: writing and professional development*. Fourth edition. Los Angeles: SAGE; 2014. 229 p.
48. Shapiro J, Kasman D, Shafer A. Words and wards: a model of reflective writing and its uses in medical education. *J Med Humanit*. 2006;27(4):231-44.
49. Charon, Rita, Herman, Nellie. A sense of story, or Why teach reflective writing? 2012;87(1):5-7.
50. Wald HS, Reis SP, Borkan JM. Reflection rubric development: evaluating medical students' reflective writing. *Med Educ*. noviembre de 2009;43(11):1110-1.
51. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and Evaluating Reflective Capacity in Medical Education: Developing the REFLECT Rubric for Assessing Reflective Writing: *Acad Med*. enero de 2012;87(1):41-50.
52. Miller-Kuhlmann R, O'sullivan PS, Aronson L. Essential steps in developing best practices to assess reflective skill: A comparison of two rubrics*. *Med Teach*. 29 de abril de 2015;1-7.
53. Wald HS. Guiding Our Learners in Reflective Writing: A Practical Approach. *Lit Med*. 2011;29(2):355-75.
54. Reis SP, Wald HS, Monroe AD, Borkan JM. Begin the BEGAN (The Brown Educational Guide to the Analysis of Narrative) – A framework for enhancing educational impact of faculty feedback to students' reflective writing. *Patient Educ Couns*. agosto de 2010;80(2):253-9.
55. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*. 2004;79(4):351.
56. Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA. Illness in context and families as teachers: a year-long project for medical students. *Acad Med*. 2005;80(5):448–451.
57. Feigelson S, Muller D. «Writing About Medicine»: an exercise in reflection at Mount Sinai (with five samples of student writing). *Mt Sinai J Med N Y*. septiembre de 2005;72(5):322-32.
58. Garrison D, Lyness JM, Frank JB, Epstein RM. Qualitative Analysis of Medical Student Impressions of a Narrative Exercise in the Third-Year Psychiatry Clerkship: *Acad Med*. enero de 2011;86(1):85-9.
59. Chretien KC, Swenson R, Yoon B, Julian R, Keenan J, Croffoot J, et al. Tell Me Your Story: A Pilot Narrative Medicine Curriculum During the Medicine Clerkship. *J Gen Intern Med*. 2015;30(7):1025-8.
60. Kissler MJ, Saxton B, Nuila R, Balmer DF. Professional formation in the gross anatomy lab and narrative medicine: An exploration. *Acad Med*. 2016;91(6):772-7.
61. Misra-Hebert AD, Isaacson JH, Kohn M, Hull AL, Hojat M, Papp KK, et al. Improving empathy of physicians through guided reflective writing. *Int J Med Educ*. 9 de abril de 2012;3:71-7.

62. Corcoran AM, True G, Charles N, Margo KL. Geriatric palliative care: do medical students' narrative reflections after a hospice clinical experience link to geriatric competencies? *Gerontol Geriatr Educ.* 2013;34(4):329-41.
63. Pearson AS, McTigue MP, Tarpley JL. Narrative Medicine in Surgical Education. *J Surg Educ.* marzo de 2008;65(2):99-100.
64. Sierpina VS, Kreitzer MJ, MacKenzie E, Sierpina M. Regaining our humanity through story. *Explore J Sci Heal.* 2007;3(6):626-632.
65. HS W, SP R, AD M, JM B. «The loss of my elderly patient:» interactive reflective writing to support medical students' rites of passage. *Med Teach.* abril de 2010;32(4):e178-84.
66. David J. Hellerstein. "The City of the Hospital": On Teaching Medical Students to Write. *J Med Humanit.* 2015;
67. Bradner MK, Crossman SH, Gary J, Vanderbilt AA, VanderWielen L. Beyond diagnoses: family medicine core themes in student reflective writing. *Fam Med.* marzo de 2015;47(3):182-6.
68. Julie Reichert, Brian Solan, Craig Timm, Summers Kalishman. Narrative Medicine and Emerging Clinical Practice. *Lit Med.* 2009;27(2):248-71.
69. DasGupta S. Reading Bodies, Writing Bodies: Self-Reflection and Cultural Criticism in a Narrative Medicine Curriculum. *Lit Med.* 2003;22(2):241-56.
70. Johna S. The Power of Reflective Writing: Narrative Medicine and Medical Education. *Perm J.* 2013;17(4):84-5.
71. Brett-MacLean P, Cave M-T. Text and context: Involving faculty panelists as models for reflection in a film-based narrative reflective practice module in undergraduate medical education. *Reflective Pract.* julio de 2014;15(4):540-9.
72. White J. The Use of Reflective Writing in Exploring Student Experiences in Surgery. *J Surg Educ.* noviembre de 2008;65(6):518-20.
73. Braun UK, Gill AC, Teal CR, Morrison LJ. The Utility of Reflective Writing after a Palliative Care Experience: Can We Assess Medical Students' Professionalism? *J Palliat Med.* noviembre de 2013;16(11):1342-9.
74. Chretien K, Goldman E, Faselis C. The reflective writing class blog: using technology to promote reflection and professional development. *J Gen Intern Med.* diciembre de 2008;23(12):2066-70.
75. Levine RB, Kern DE, Wright SM. The impact of prompted narrative writing during internship on reflective practice: a qualitative study. *Adv Health Sci Educ.* 1 de diciembre de 2008;13(5):723-33.
76. Sukhato K, Sumrithe S, Wongrathanandha C, Hathirat S, Leelapattana W, Dellow A. To be or not to be a facilitator of reflective learning for medical students? a case study of medical teachers' perceptions of introducing a reflective writing exercise to an undergraduate curriculum. *BMC Med Educ [Internet].* diciembre de 2016 [citado 5 de abril de 2016];16(1). Disponible en: <http://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-016-0624-2>
77. Moniz T, Arntfield S, Miller K, Lingard L, Watling C, Regehr G. Considerations in the use of reflective writing for student assessment: issues of reliability and validity. *Med Educ.* 2015;49(9):901-8.

78. Clandinin DJ. Narrative reflective practice in medical education for residents: composing shifting identities. *Adv Med Educ Pract.* diciembre de 2010;1.
79. Isaacson JH, Salas R, Koch C, McKenzie M. Reflective writing in the competency-based curriculum at the Cleveland Clinic Lerner College of Medicine. *Perm J.* 2008;12(2):82-8.
80. Veno M, Silk H, Savageau JA, Sullivan KM. Evaluating One Strategy for Including Reflection in Medical Education and Practice. *Fam Med.* 2016;48(4):300-4.
81. Embo MPC, Driessen E, Valcke M, Van Der Vleuten CPM. Scaffolding reflective learning in clinical practice: A comparison of two types of reflective activities. *Med Teach.* julio de 2014;36(7):602-7.
82. Harris M. Scaffolding reflective journal writing – Negotiating power, play and position. *Nurse Educ Today.* abril de 2008;28(3):314-26.
83. Liu GZ, Jawitz OK, Zheng D, Gusberg RJ, Kim AW. Reflective Writing for Medical Students on the Surgical Clerkship: Oxymoron or Antidote? *J Surg Educ [Internet].* enero de 2016 [citado 3 de febrero de 2016]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1931720415002834>
84. Vivekananda-Schmidt P, Marshall M, Stark P, Mckendree J, Sandars J, Smithson S. Lessons from medical students' perceptions of learning reflective skills: A multi-institutional study. *Med Teach.* octubre de 2011;33(10):846-50.
85. Cohn FG, Shapiro J, Lie DA, Boker J, Stephens F, Leung LA. Interpreting values conflicts experienced by obstetrics-gynecology clerkship students using reflective writing. *Acad Med.* 2009;84(5):587-96.
86. Aronson L, Niehaus B, Lindow J, Robertson PA, O'sullivan PS. Development and pilot testing of a reflective learning guide for medical education. *Med Teach.* octubre de 2011;33(10):e515-21.
87. Plack MM, Driscoll M, Marquez M, Cuppernull L, Maring J, Greenberg L. Assessing reflective writing on a pediatric clerkship by using a modified Bloom's taxonomy. *Ambul Pediatr.* 2007;7(4):285–291.
88. Ottenberg AL, Pasalic D, Bui GT, Pawlina W. An analysis of reflective writing early in the medical curriculum: The relationship between reflective capacity and academic achievement. *Med Teach.* 2 de julio de 2016;38(7):724-9.
89. Earnshaw L, Head B, Shaw M, Morehead C, Pfeifer M, Greenburg R. "I will never forget": What we learned from medical student reflections on a palliative care experience. *J Pain Symptom Manage.* 2012;43(2):433-4.
90. Kristiansson MH, Troein M, Brorsson A. We lived and breathed medicine-then life catches up: Medical students' reflections. *BMC Med Educ.* 2014;14(1):66.
91. Koh YH, Wong ML, Lee JJ-M. Medical students' reflective writing about a task-based learning experience on public health communication. *Med Teach.* febrero de 2014;36(2):121-9.
92. Westmoreland GR, Counsell SR, Sennour Y, Schubert CC, Frank KI, Wu J, et al. Improving Medical Student Attitudes Toward Older Patients Through a "Council of Elders" and Reflective Writing Experience: MEDICAL STUDENT ATTITUDES. *J Am Geriatr Soc.* febrero de 2009;57(2):315-20.
93. Beylefeld AA, Nena KD, Prinsloo EAM. Influence of community experiences on first-year medical students' reflective writing. *Med Teach.* enero de 2005;27(2):150-4.

94. Dhital R, Subedi M, Prasai N, Shrestha K, Malla M, Upadhyay S. Learning from Primary Health Care Centers in Nepal: reflective writings on experiential learning of third year Nepalese medical students. *BMC Res Notes* [Internet]. diciembre de 2015 [citado 4 de diciembre de 2016];8(1). Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/8/741>
95. Chin NP. Teaching critical reflection through narrative storytelling. *Mich J Community Serv Learn* [Internet]. 2004 [citado 12 de diciembre de 2016];10(3). Disponible en: <http://quod.lib.umich.edu/m/mjcs/3239521.0010.305?rgn=main;view=fulltext>
96. Peterkin A, Roberts M, Kavanagh L, Havey T. Narrative means to professional ends: new strategies for teaching CanMEDS roles in Canadian medical schools. *Can Fam Physician Med Fam Can*. octubre de 2012;58(10):e563-569.
97. Kind T, Goldman E, Fratantoni K, Wiedermann BL, Agrawal D, Coddington D. Learning to Deliver Care in a Medical Home A Qualitative Analysis of Residents' Reflections on Practice. *Clin Pediatr (Phila)*. 2014;0009922814526975.
98. Boyd A. The impact of a reflective writing workshop on GP trainee attitudes to writing eportfolio log entries. *Educ Prim Care Off Publ Assoc Course Organ Natl Assoc GP Tutors World Organ Fam Dr*. noviembre de 2012;23(6):430-3.
99. Yu E, Wright SM. "Beginning With the End in Mind": Imagining Personal Retirement Speeches to Promote Professionalism. *Acad Med*. junio de 2015;90(6):790-3.
100. Learman LA, Autry AM, O'Sullivan P. Reliability and validity of reflection exercises for obstetrics and gynecology residents. *Am J Obstet Gynecol*. abril de 2008;198(4):461.e1-461.e10.
101. Naeger DM, Hua EW, Ahearn B, Webb EM. Reflective Writing: A Potential Tool to Improve Interprofessional Teamwork with Radiologists. *Acad Radiol*. 2015;22(10):1221-5.
102. Wald HS, Haramati A, Bachner YG, Urkin J. Promoting resiliency for interprofessional faculty and senior medical students: Outcomes of a workshop using mind-body medicine and interactive reflective writing. *Med Teach*. 3 de mayo de 2016;38(5):525-8.
103. Hays MM. Writing for Self-Discovery: A Semester-Long Journey at the Graduate Level. *J Prof Nurs*. enero de 2005;21(1):52-8.
104. Baruch JM. Creative Writing as a Medical Instrument. *J Med Humanit* [Internet]. 5 de septiembre de 2013 [citado 7 de septiembre de 2013]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10912-013-9243-7>
105. Al-Imari L, Yang J, Pimlott N. Peer-support writing group in a community family medicine teaching unit: Facilitating professional development. *Can Fam Physician*. diciembre de 2016;62(12):e724-30.
106. McDonald P, Ashton K, Barratt R, Doyle S, Imeson D, Meir A, et al. Clinical realism: A new literary genre and a potential tool for encouraging empathy in medical students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2015;15(1). Disponible en: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84934274379&partnerID=40&md5=572955525bf3ac5db33826801c40b4c3>
107. Charon R. At the membranes of care: stories in narrative medicine. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. marzo de 2012;87(3):342-7.

108. Rian J, Hammer R. The practical application of narrative medicine at Mayo Clinic: imagining the scaffold of a worthy house. *Cult Med Psychiatry*. diciembre de 2013;37(4):670–680.
109. Polvani S, Mammucari M, Zuppiroli A, Bandini F, Milli M, Fioretto L, et al. Narrative medicine, a model of clinical governance: the experience of the Local Health Authority of Florence in Italy. *Clin Pract*. 1 de septiembre de 2014;11(5):493-9.
110. Sarti A, Polvani S, Morello Marchese P. *Medicina narrativa in terapia intensiva: storie di malattia e di cura*. Milano: Angeli; 2013.
111. Peterkin A. Practical strategies for practising narrative-based medicine. *Can Fam Physician*. 2012;58(1):63–64.
112. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. diciembre de 2011;10(4):248-51.
113. Ekman I, Hedman H, Swedberg K, Wallengren C. Commentary: Swedish initiative on person centred care. *BMJ*. 10 de febrero de 2015;350(feb10 14):h160-h160.
114. Ekman I, Wolf A, Olsson L-E, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*. 1 de mayo de 2012;33(9):1112-9.
115. Fors A, Ekman I, Taft C, Björkelund C, Frid K, Larsson ME, et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care — A randomised controlled trial. *Int J Cardiol*. mayo de 2015;187:693-9.
116. Alcauskas M, Charon R. Right brain: reading, writing, and reflecting: making a case for narrative medicine in neurology. *Neurology*. marzo de 2008;70(11):891-4.
117. Kohn JB. Stories to Tell: Conducting a Nutrition Assessment with the Use of Narrative Medicine. *J Acad Nutr Diet*. 2016;116(1):10-4.
118. John Murphy. *Primary Health Care and Narrative Medicine*. Perm J. 2015;
119. Rosti G. Role of narrative-based medicine in proper patient assessment. *Support Care Cancer*. 2017;25(S1):3-6.
120. Nowaczyk MJM. Narrative medicine in clinical genetics practice. *Am J Med Genet A*. agosto de 2012;158A(8):1941-7.
121. Cenci C. Narrative medicine and the personalisation of treatment for elderly patients. *Eur J Intern Med*. julio de 2016;32:22-5.
122. Chambers S, Glickstein J. Making a Case for Narrative Competency in the Field of Fetal Cardiology. *Lit Med*. 2011;29(2):376-95.
123. Gargiulo G, Sansone V, Rea T, Artioli G, Botti S, Continisio GI, et al. Narrative Based Medicine as a tool for needs assessment of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Acta Bio Medica Atenei Parm*. 2017;88(1-5):18–24.
124. Cappuccio A, Limonta T, Parodi A, Cristaudo A, Bugliaro F, Cannavò S, et al. Living with Chronic Spontaneous Urticaria in Italy: A Narrative Medicine Project to Improve the Pathway of Patient Care. *Acta Derm Venereol*. 2017;97(1):81-5.
125. Vanstone M, Toledo F, Clarke F, Boyle A, Giacomini M, Swinton M, et al. Narrative medicine and death in the ICU: word clouds as a visual legacy. *BMJ Support Palliat Care*. 2016;bmjspcare–2016.
126. Donzalli G, McGreevy KS. The role of narrative medicine in pregnancy after liver transplantation. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 22 de enero de 2015;28(2):158-61.

127. Charon R, Hermann N, Devlin MJ. Close reading and creative writing in clinical education: Teaching attention, representation, and affiliation. *Acad Med.* 2016;91(3):345-50.
128. Strawson G. Against narrativity. *Ratio.* 2004;17(4):428–452.
129. Woods A. The limits of narrative: provocations for the medical humanities. *Med Humanit.* 1 de diciembre de 2011;37(2):73-8.
130. O'Mahony S. Against narrative medicine. *Perspect Biol Med.* 2013;56(4):611-9.
131. McKechnie CC. Anxieties of communication: the limits of narrative in the medical humanities. *Med Humanit [Internet].* 28 de mayo de 2014 [citado 11 de septiembre de 2014]; Disponible en: <http://mh.bmj.com/cgi/doi/10.1136/medhum-2013-010466>
132. Peterkin A. Primum Non Nocere: On Accountability in Narrative-Based Medicine. *Lit Med.* 2011;29(2):396-411.
133. Wear D, Aultman JM. The limits of narrative: medical student resistance to confronting inequality and oppression in literature and beyond. *Med Educ.* 2005;39(10):1056-65.
134. Abettan C. From method to hermeneutics: which epistemological framework for narrative medicine? *Theor Med Bioeth.* 13 de mayo de 2017;
135. P. M. Van Der Vleuten, D. H. J. M. C. The need for evidence in education. *Med Teach.* enero de 2000;22(3):246-50.
136. About BEME | BEME Collaboration [Internet]. [citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <https://bemecollaboration.org/About+BEME/>
137. M. Harden, Janet Grant, Graham Buck R. BEME Guide No. 1: Best Evidence Medical Education. *Med Teach.* enero de 1999;21(6):553-62.
138. Gordon M, Gibbs T. STORIES statement: publication standards for healthcare education evidence synthesis. *BMC Med.* 2014;12(1):143.
139. Barber S, Moreno-Leguizamon CJ. Can narrative medicine education contribute to the delivery of compassionate care? A review of the literature. *Med Humanit.* 6 de abril de 2017;
140. Booth A, Sutton A, Papaioannou D. Systematic approaches to a successful literature review. Second edition. Los Angeles: Sage; 2016. 326 p.
141. Manual Cochrane de Revisiones Sistemáticas de Intervenciones, versión 5.1.0 [actualizada en marzo de 2011][Internet]. [Internet]. Barcelona: Centro Cochrane Iberoamericano; 2012 [citado 19 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.cochrane.es/?q=es/node/269>
142. Manchado Garabito R, Tamames Gómez S, López González M, Mohedano Macías L, Veiga de Cabo J, others. Revisiones sistemáticas exploratorias. *Med Segur Trab.* 2009;55(216):12–19.
143. Tauste Francés A, Ronda-Pérez E, Seguí Crespo M del M. Ocular and visual alterations in computer workers contact lens wearers: scoping review. *Rev Esp Salud Pública.* 2014;88(2):203–215.
144. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brazil, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Lat Am Enfermagem [Internet].* 2016 [citado 19 de mayo de 2017];24(0). Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100609&lng=en&tlng=en

145. Hernando Rovirola C, Ortiz-Barreda G, Galán Montemayor JC, Sabidó Espin M, Casabona Barbarà J. Infección VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual en la población inmigrante en España: revisión bibliográfica. *Rev Esp Salud Pública*. diciembre de 2014;88(6):763-81.
146. Mas MÀ, Santaeugènia S. Hospitalización domiciliaria en el paciente anciano: revisión de la evidencia y oportunidades de la geriatría. *Rev Esp Geriatría Gerontol*. enero de 2015;50(1):26-34.
147. Colquhoun HL, Levac D, O'Brien KK, Straus S, Tricco AC, Perrier L, et al. Scoping reviews: time for clarity in definition, methods, and reporting. *J Clin Epidemiol*. diciembre de 2014;67(12):1291-4.
148. Thomas A, Lubarsky S, Durning SJ, Young ME. Knowledge Syntheses in Medical Education: Demystifying Scoping Reviews. *Acad Med*. febrero de 2017;92(2):161-6.
149. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. febrero de 2005;8(1):19-32.
150. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2010;5(1):69.
151. Pham MT, Rajić A, Greig JD, Sargeant JM, Papadopoulos A, McEwen SA. A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Res Synth Methods*. diciembre de 2014;5(4):371-85.
152. The Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Scoping Reviews. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement. The Joanna Briggs Institute; 2015.
153. Khalil H, Peters M, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Parker D. An Evidence-Based Approach to Scoping Reviews. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2016;13(2):118-23.
154. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews: *Int J Evid Based Healthc*. septiembre de 2015;13(3):141-6.
155. Mahtani Chugani V, Servicio Canario de Salud. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud; 2006. (Informes de evaluación de tecnologías sanitarias).
156. Margaret Bearman, Phillip Dawson. Qualitative synthesis and systematic review in health professions education. *Med Educ*. 2013;47(3):252-60.
157. Dixon-Woods M, Agarwal S, Jones D, Young B, Sutton A. Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *J Health Serv Res Policy*. 1 de enero de 2005;10(1):45-53.
158. Pope C, Mays N, Popay J. Synthesizing qualitative and quantitative health evidence: a guide to methods. Maidenhead: Open Univ. Press; 2007. 210 p.
159. Thomas J, Harden A. Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Med Res Methodol*. 2008;8(1).
160. Alex Haig, Marshall Dozier. BEME Guide No 3: Systematic searching for evidence in medical education--Part 1: Sources of information. *Med Teach*. 2009;25(4):352-63.

161. Mahtani Chugani V, Abt Sacks A, González Castro I, García Andrés M, Real Perra M, Benítez del Rosario M. Evaluación cualitativa de los modelos organizativos en cuidados paliativos. 2007.^a ed. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SECS N° 2006/03).
162. Liben S, Chin K, Boudreau JD, Boillat M, Steinert Y. Assessing a faculty development workshop in narrative medicine. *Med Teach*. 2012;(0):1–7.
163. Tsai S-L, Ho M-J. Can narrative medicine training improve OSCE performance? *Med Educ*. 1 de noviembre de 2012;46(11):1112-3.
164. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin–malade ? *Presse Médicale*. Enero de 2013;42(1):e1-8.
165. Clandinin D, Cave M, Cave A, Thomson A, Bach H. Learning Narratively: Resident Physicians' Experiences of a Parallel Chart Process. *Internet J Med Educ [Internet]*. 2009;1(1). Disponible en: <http://ispub.com/IJME/1/1/12898>
166. Arntfield SL, Slesar K, Dickson J, Charon R. Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Educ Couns*. junio de 2013;91(3):280-6.
167. Winkel AF, Hermann N, Graham MJ, Ratan RB. No Time to Think: Making Room for Reflection in Obstetrics and Gynecology Residency. *J Grad Med Educ*. diciembre de 2010;2(4):610-5.
168. Winkel AF, Feldman N, Moss H, Jakalow H, Simon J, Blank S. Narrative Medicine Workshops for Obstetrics and Gynecology Residents and Association With Burnout Measures. *Obstet Gynecol*. octubre de 2016;128 Suppl 1:27S-33S.
169. Thomson A, Harley D, Cave M, Clandinin J. The enhancement of medical student performance through narrative reflective practice: a pilot project. *Can Med Educ J*. 2013;4(1):e69.
170. Karkabi K, Wald HS, Cohen Castel O. The use of abstract paintings and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop. *Med Humanit*. junio de 2014;40(1):44-8.
171. Walker MR, Zúñiga D, Triviño X. Narrativa y formación docente: la experiencia de 5 años de un taller de escritura. *Rev Médica Chile*. 2012;140(5):659–666.
172. Machado M do C, Lobo Antunes J. Narrativa da Doença: Uma Disciplina Optativa na Faculdade de Medicina de Lisboa. *Acta Médica Port*. 30 de diciembre de 2016;29(12):790.
173. Reichert J, Solan B, Timm C, Kalishman S. Narrative medicine and emerging clinical practice. *Lit Med*. 2008;27(2):248–271.
174. Brady DW, Corbie-Smith G, Branch WT. "What's important to you?": The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. *Ann Intern Med*. 2002;137(3):220–223.
175. Hammick M, Dornan T, Steinert Y. Conducting a best evidence systematic review. Part 1: From idea to data coding. BEME Guide No. 13. *Med Teach*. Enero de 2010;32(1):3-15.

176. Clandinin DJ, Cave M-T, DJ C, Cave M-T. Creating pedagogical spaces for developing doctor professional identity. *Med Educ.* agosto de 2008;42(8):765-70.
177. Brett-MacLean PJ, Cave M-T, Yiu V, Kelner D, Ross DJ. Film as a means to introduce narrative reflective practice in medicine and dentistry: A beginning story presented in three parts. *Reflective Pract.* septiembre de 2010;11(4):499-516.
178. Roscoe LA. Healing the Physician's Story: A Case Study in Narrative Medicine and End-of-Life Care. *Narrat Inq Bioeth.* 2012;2(1):65-72.
179. Pentiado J Jorge Alberto Martins, De Almeida HO, Amorim FF, Faccioli AM, Trindade EMV, De Almeida KJQ. Love and the Value of Life in Health Care: A Narrative Medicine Case Study in Medical Education. *Perm J.* 2016;20(2):98.
180. Hatem D, Ferrara E. Becoming a doctor: fostering humane caregivers through creative writing. *Patient Educ Couns.* octubre de 2001;45(1):13-22.
181. Charon R. Commentary: calculating the contributions of humanities to medical practice-motives, methods, and metrics. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* junio de 2010;85(6):935-7.
182. Charon R. What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Can Fam Physician.* 2007;53(8):1265-1267.
183. López E. Narrative-based medicine: when listening makes the difference. *Eur J Gen Pract.* 2007;13(2):53-4.
184. Shapiro J. Narrative medicine and narrative writing. *Fam Med.* 2012;44(5):309-11.
185. \DJujić NM, Žitnik E, Pavelin L, Bačić D, Boljat M, Vrdoljak D, et al. Writing letters to patients as an educational tool for medical students. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):114.
186. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La definición europea de Medicina General/Medicina de Familia [Internet]. Ediciones Semfyc; 2005. Disponible en: http://www.semfyc.es/es/e-commerce/tienda/catalogo/detalle/LA_DEFINICION_EUROPEA_DE_MEDICINA_GENERAL_MEDICINA_DE_FAMILIA/
187. Borrell i Carrió F, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
188. Ruiz Moral R. Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2015.
189. Cook DA, Levinson AJ, Garside S, Dupras DM, Erwin PJ, Montori VM. Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *Jama.* 2008;300(10):1181-1196.
190. Baño-Egea JJ, Leal-Hernández M, Sánchez-Marín FJ, Serrano-Navarro A, Ruiz-Merino G, Serna-Mármol JP. Impacto de curso on-line sobre el grado de conocimiento del programa OMI-AP para médicos. *SEMERGEN - Med Fam.* abril de 2012;38(3):145-50.
191. Gimeno Marqués A, Izquierdo Soriano J, Buendia Gracia F, Cuenca Torres M. Utilización de una plataforma e-learning para la formación de profesionales de Atención Primaria. *Semerger.* 2016;42(Espec Congres 12):7.

192. Cordero Torres JA, Caballero Oliver A. La plataforma Moodle: Una herramienta útil para la formación en soporte vital. Análisis de las encuestas de satisfacción a los alumnos e instructores de los cursos de soporte vital avanzado del programa ESVAP de la semFYC. *Aten Primaria*. junio de 2015;47(6):376-84.
193. Welch TJ, Harrison SL. Teaching Medicine Through the Study of Literature: Implementing a Fourth-Year Distance Learning Elective. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2016;91(3):360-4.
194. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*. noviembre de 2013;27(6):521-8.
195. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodríguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014;34(1):4-12.
196. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pr*. 2002;52(Suppl):S9-12.
197. Jeffrey D. Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. *Br J Gen Pr*. 2016;66(643):e143-e145.
198. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría*. 1991;11(39):257-265.
199. Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):15.
200. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. Barcelona: Semfyc; 2005 [citado 3 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf
201. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001;61(2):349-365.
202. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*. 2002;77(10):S58-S60.
203. Alcorta-Garza A, González-Guerrero JF, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Ment*. 2005;28(5):57-63.
204. Herrer MG. El desgaste profesional del médico. Edición: 1. Ediciones Diaz de Santos; 2014. 320 p.
205. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol*. enero de 2012;65(1):10-5.
206. Porcerelli JH, Murdoch W, Morris P, Fowler S. The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care: A Validity Study. *J Clin Psychol Med Settings*. septiembre de 2014;21(3):291-6.

207. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz López P. Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ). *Actas Esp Psiquiatr*. abril de 2009;37(2):94-100.
208. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. [Patient satisfaction with the patient-doctor relationship measured using the questionnaire (PDRQ-9)]. *Atencion Primaria Soc Esp Med Fam Comunitaria*. abril de 2010;42(4):196-203.
209. Montenegro SD, Luna D, Wassermann S, Soriano ER. Causas de deserción en cursos de E-learning del Campus Virtual del Hospital Italiano de Buenos Aires [Internet]. [citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/servicios_attachs/_desercion%20en%20e-learning.pdf
210. Grau-Perejoan O. Formación on line. *Educ Médica*. 2008;11(3):139–146.
211. Quesada Jimenez F, Martinez-Canavate T. [Training in communication skills for Family and Community Medicine residents]. *Aten Primaria*. 31 de marzo de 1997;19(5):219-20.

ANEXOS

8 ANEXOS

ANEXO I: ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

PUBMED

- #12 (((("2001"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication]))) AND (((training) OR course) OR workshop*) OR medical education[MeSH Terms])) AND (((("literature and medicine")) OR "reflective writing*") OR "narrative medicine")
- #11 ("2001"[Date - Publication] : "3000"[Date - Publication])
- #10 (((training) OR course) OR workshop*) OR medical education[MeSH Terms]
- #9 training
- #8 course
- #7 workshop*
- #6 medical education[MeSH Terms]
- #4 (((("literature and medicine")) OR "reflective writing*") OR "narrative medicine")
- #3 ("literature and medicine")
- #2 "reflective writing*"
- #1 "narrative medicine"

EMBASE

- #1 "medical education"/exp
- #2 "physician"/exp
- #3 "medical student"/exp
- #4 "resident"/exp
- #5 #2 OR #3 OR #4
- #6 "narrative medicine"
- #7 "workshop"/exp
- #8 "training"/exp
- #9 #1 OR #7 OR #8
- #10 #6 AND #9 AND [2001-2016]/py

ERIC

"Narrative Medicine" OR (narrative AND medicine) AND (pubyear:2001 OR pubyear:2002 OR pubyear:2003 OR pubyear:2004 OR pubyear:2005 OR pubyear:2006 OR pubyear:2007 OR pubyear:2008 OR pubyear:2009 OR pubyear:2010 OR pubyear:2011 OR pubyear:2012 OR pubyear: 2013 OR pubyear: 2014 OR pubyear: 2015 OR pubyear: 2016)

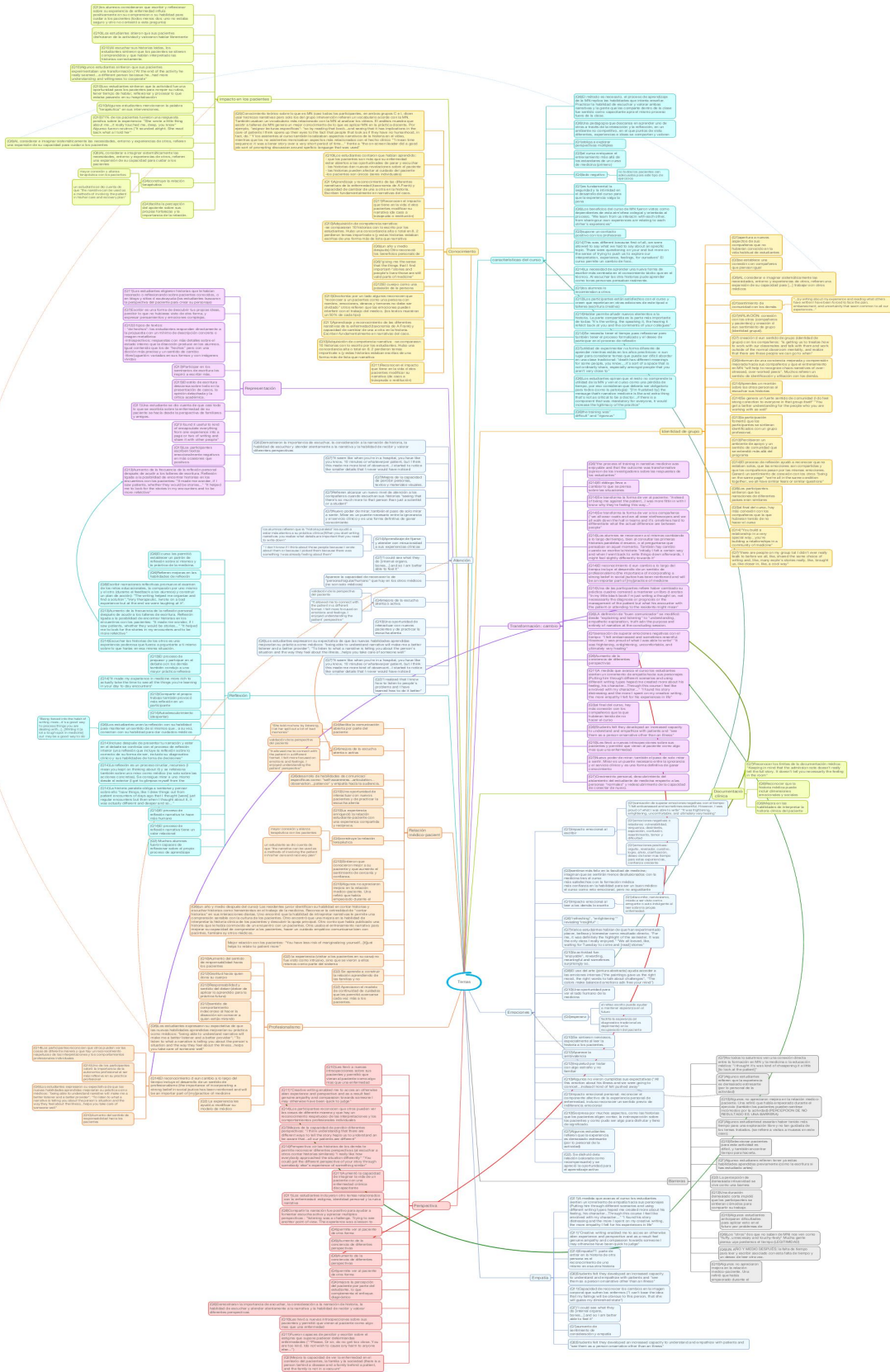
PsychINFO

TX ("narrative medicine" OR ("narrative" AND "Medicine")) AND TX (workshop or course or continuing education or medical education or training or education) AND TX (doctor or intern or resident or medical student or premedical student)

CINAHL

TX ("narrative medicine" OR ("narrative" AND "Medicine")) AND AB (workshops or course or continuing education or medical education or training or education) AND AB (doctor or intern or resident or medical student or premedical student) AND DT 2001-2016

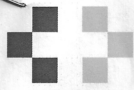




ANEXO II: MAPA DE TEMAS



ANEXO III: APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA

	Informe Dictamen Protocolo Favorable PI Biomédica C.P. MO - C.I. PI-34/15
Servicio Canario de la Salud HOSPITAL UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA	29 de julio de 2015
CEIC Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	
Carmen Mora Fernández Secretaria en funciones del CEIC Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	
CERTIFICA	
1º. Que el CEIC Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria en su reunión del día 28/07/2015, acta 07/15, ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:	
Título: "Impacto de la formación en medicina narrativa en medicina, revisión sistemática de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia"	
Código Promotor: Código Interno: PI-34/15 Investigador principal: MARIA DOLORES MARRERO DIAZ	
2º. Considera que:	
<ul style="list-style-type: none">- Se respetan los principios éticos básicos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.- Se cumple la legislación aplicable.	
3º. Por lo que este CEIC emite un Aprobado	
Lo que firmo en Santa Cruz de Tenerife, a 29 de julio de 2015	
Fdo:	
Secretaria del CEIC Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria	
Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Candelaria - Otría Crta. Del Rosario, 145 3ª planta - Santa Cruz de Tenerife - 38010 - Tenerife, S.C. - España Tel. 922 60 2188 - Fax. 922 60 2188 - Correo electrónico: ceichunsc.scs@gobiernodecanarias.org	
Página 1 de 1	

ANEXO IV: AUTORIZACIÓN POR LA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TENERIFE

 Servicio Canario de la Salud	 Servicio Canario de la Salud GERENCIA - ATENCIÓN PRIMARIA - TENERIFE	 Gobierno de Canarias Consejería de Sanidad
REGISTRO AUXILIAR		
Fecha: 1-7-2015		
SALIDA		
Número: 368975		
SCS: 69/54 Hora:		
Dirección/ Subdirección Gúímar A/A María Dolores Marrero Díaz		
N/Ref.:MEPC/ megv ASUNTO: Autorización		
Santa Cruz de Tenerife a 30 de junio de 2015		
<p>La presente es para comunicar a esa Dirección de Zona y a la investigadora principal Dña. M^a Dolores Marrero Díaz la autorización por parte de esta Dirección Médica , para llevar a cabo el estudio titulado "Impacto de la formación en medicina narrativa en Medicina. Revisión sistemática de la literatura y estudio de intervención en médicos de familia", tras haber sido evaluado por parte de los técnicos responsables del área de investigación de esta Gerencia, adjuntandose dicha evaluación.</p> <p>Solicitamos a esa Dirección que haga llegar al interesado dicha autorización</p>		
Atte.,		
 M ^a Elena Pérez Canovas Directora Médica		
GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA ÁREA DE SALUD DE TENERIFE		C/ Carmen Monteverde, 45 38003 – Sta. Cruz de Tenerife

ANEXO V: PROGRAMA DETALLADO DE LOS CURSOS

ii. PLAN DOCENTE DEL CURSO: ENTREVISTA CLÍNICA

PERTINENCIA Y JUSTIFICACIÓN

La práctica clínica utiliza como herramienta fundamental el lenguaje. De hecho, el encuentro clínico es, sobre todo, un acto de diálogo entre el profesional y el paciente. Y el diálogo tiene como herramienta el lenguaje. Sin embargo, el lenguaje, tanto en su aspecto más teórico, como en el práctico (la comunicación clínica) ocupan, cuando existen, un lugar marginal en los planes de estudio de medicina. En la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, la formación en comunicación se centra en la adquisición de habilidades de lo que se denomina Entrevista Clínica(1).

Por otro lado, el discurso de la deshumanización contemporánea de la práctica sanitaria está ampliamente extendido y reconocido como real. De hecho, proliferan los proyectos y programas de Humanización de la Sanidad. Sin ir más lejos, el Servicio Canario de Salud tiene su propio Plan de Humanización(2). Sin embargo, y probablemente por la situación económica, dicho Plan ha quedado reducido a dos talleres de comunicación de 5 horas celebrados cada año dentro del plan de formación de los profesionales sanitarios. Esto supone un reconocimiento de la necesidad de la formación en comunicación como parte fundamental de la humanización de la asistencia.

En Atención Primaria es fundamental desarrollar un sistema de atención centrado en la persona. Para ello, la relación asistencial es fundamental. El modelo centrado en la persona se desarrolló en los años 80 y tiene cuatro componentes: comprensión compartida de los datos obtenidos, afloramiento de expectativas y deseos de la persona, toma de decisiones coparticipadas y potenciación de la autonomía del consultante (3). Alcanzar este nivel de relación asistencial requiere de habilidades de comunicación y en la práctica de la Entrevista Clínica. La habilidad comunicativa no es un complemento sino una destreza fundamental sin el cual, los conocimientos técnicos clínicos quedan desaprovechados (4)

Los programas docentes de la especialidad incluyen la formación específica teórico-práctica en Entrevista Clínica y son frecuentes los cursos destinados a profesionales en activo. Un número elevado de médicos/as de familia han recibido esta formación previamente. Sin embargo, la complejidad del aprendizaje supone una dedicación elevada para hacer estos cursos (girar en torno a 20-25 horas de actividad presencial) lo que dificulta su encaje con la actividad profesional y la vida personal con el paso de los años.

Con los años y la cotidianidad es más que posible que vayamos adquiriendo algunos malos hábitos y perdiendo algunos buenos en las entrevistas. Este curso pretende ofrecer un repaso de conocimientos y habilidades ya aprendidas previamente

con el fin de recordar las bases de la entrevista clínica y refrescar su puesta en práctica en la actividad diaria.

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. Barcelona: Semfyc; 2005 [citado 3 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf

2. Roldós inaugura la I Jornada Canarias de Humanización de los Servicios Sanitarios para mejorar el trato con pacientes. EuropaPress [Internet]. Santa Cruz de Tenerife; 14 de octubre de 2010 [citado 3 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-roldos-inaugura-jornada-canarias-humanizacion-servicios-sanitarios-mejorar-trato-pacientes-20100414162054.html>

3. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria. Barcelona: Elsevier; 2014.

4. Sobrino López A, Rodríguez Salvador JJ, Ruiz Moral R: *La comunicación asistencial*, en Casado Vicente V, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Tratado de medicina de familia y comunitaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2012.

OBJETIVOS:

- OBJETIVO GENERAL:
 - Promover una atención sanitaria más humana que beneficie tanto al profesional como al paciente.
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
 - Repasar los elementos básicos de una buena entrevista clínica.
 - Poner en práctica estos elementos en la consulta de medicina de familia
 - Reflexionar sobre las dificultades y ventajas de la aplicación de lo aprendido.

ORGANIZACIÓN:

- E-learning: Curso online a través de plataforma Moodle de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- 6 módulos a desarrollar en 12 semanas.
- Tutorización continua.

DOCENTES:

- Dirección y diseño del curso: María Dolores Marrero Díaz. Médica de Familia. CS Güímar.
- Tutorización: Nieves Lorenzo Prozzo. Médica de familia. CS Granadilla. Miembro del grupo Comunicación y Salud.

CONTENIDOS Y ACTIVIDADES:

1. UNIDAD DIDÁCTICA 1: Introducción y presentación.
 - Objetivos:
 - Aprender a usar el blog como herramienta de escritura sobre la experiencia en consulta.
 - Contenidos:
 - Presentación
 - El blog como herramienta de escritura y revisión de la actividad en la consulta.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas.
 - Material docente y de apoyo:
 - ¿Qué es un blog?
 - BLOGS
 - Blogs-Wikipedia
 - Instrucciones de uso del blog.
 - Actividades:
 - Foro de presentación.
 - Actividad individual: Mi blog personal
2. UNIDAD DIDÁCTICA 2: Iniciar una relación terapéutica
 - Objetivos:
 - Aplicar en la consulta los elementos fundamentales del inicio de la relación clínica.
 - Aprender a “prepararse” para la consulta.
 - Contenidos:
 - Antes de empezar la consulta
 - Establecer la relación terapéutica.
 - Delimitar la demanda
 - Tiempo de dedicación: 6 horas.
 - Material docente y de apoyo:
 - *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 1-16
 - Material complementario: *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 16-24.
 - Actividades:
 - Actividad individual: poner en práctica en consulta durante la semana la preparación inicial (¿cómo me encuentro hoy?, detectar los malos días, anotar en un papel al inicio mi situación emocional y los signos de alarma), elegir al menos dos consultas cada día para poner en práctica los otros dos elementos: el inicio de la relación (sonrisa, saludo al entrar) y la delimitación de la demanda. Hacer un resumen de la experiencia al final de las dos semanas: lo más difícil, lo más fácil, problemas, beneficios de aplicar lo aprendido.
 - Debate: las dificultades antes de empezar la con-

sulta (¿cómo mi percepción afecta a todo el día de consulta?).
¿Sirve de algo delimitar la demanda? ¿Es peligrosa la pregunta
“¿algo más que quiera consultar?”?

3. UNIDAD DIDÁCTICA 3: Escuchar al paciente

○ Objetivos:

- Establecer una actitud de escucha del paciente.
- Adquirir práctica en la escucha y detección de las demandas ocultas.

○ Contenidos:

- Delimitar la demanda
- Ir más allá de la demanda aparente
- Escucha activa

○ Tiempo de dedicación: 6 horas.

○ Material docente y de apoyo:

- *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 31-51
- Material complementario: *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 51-72.

○ Actividades:

▪ Actividad individual:

- En la consulta: al menos en dos pacientes cada día poner en práctica: la delimitación de la demanda, la búsqueda de las demandas ocultas, técnicas de escucha activa.
- Escribir sobre: las dificultades y beneficios, los riesgos de la búsqueda de la demanda oculta, ¿qué cosas me hacen perder la concentración en la escucha?

▪ Debate:

- Escuchar y oír son dos actividades diferentes. ¿Cómo es posible mejorar nuestras habilidades de escucha de los pacientes? ¿Somos sensibles al lenguaje no verbal? Aporta ejemplos en los que el lenguaje no verbal te ha dado pistas para delimitar la demanda real.

4. UNIDAD DIDÁCTICA 4: Datos de calidad.

○ Objetivos:

- Utilizar las preguntas de habilidades de anamnesis como técnica para obtener datos
- Cambiar del estilo de preguntas cerradas al de preguntas abiertas.
- Detectar los malos hábitos personales previos en la entrevista.

○ Contenidos:

- Técnicas de entrevista para obtener datos.
- Errores frecuentes

○ Tiempo de dedicación: 6 horas.

- Material docente y de apoyo:
 - *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 75-90
 - Material complementario: *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 90-119.
- Actividades:
 - Actividad individual:
 - En la consulta: ¿qué tipo de entrevistador soy? Intentar analizar en qué fallos incurro cuando entrevisto a los pacientes. Escoger al menos dos pacientes cada día y hacer el esfuerzo de entrevistarlos haciendo uso de las preguntas abiertas, los paquetes de preguntas (centrado en el problema, psicosocial, centrado en el paciente)
 - Escribir una reflexión sobre dificultades y beneficios de poner en marcha lo tratado en el material. ¿Qué pacientes me resultan complejos a la hora de aplicar este tipo de técnicas?
 - Debate: ¿qué tipo de entrevistador soy? ¿Soy consciente de las veces en que incurro en los errores mencionados en el texto? ¿Qué técnicas podrían ayudarme a mejorar?
- 5. UNIDAD DIDÁCTICA 5: Informar y motivar al paciente
 - Objetivos:
 - Aplicar técnicas para informar y motivar al paciente
 - Aprender diferentes técnicas de información
 - Contenidos:
 - Las técnicas de información.
 - La parte resolutiva de la entrevista.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas.
 - Material docente y de apoyo:
 - *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 121-146
 - Material complementario: *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 146-170.
 - Actividades:
 - Actividad individual:
 - En la consulta: al menos con dos pacientes cada día, estructurar de manera clara la información que le damos al final de la consulta (informar del problema, proponer un plan de acción a dialogar, explicar el tratamiento y la evolución, comprobar la comprensión y aquiescencia, tomar precauciones)
 - Escribir sobre las dificultades para dar información y concluir la consulta. ¿Qué aspectos son los

que ha costado más poner en práctica de los mencionados?

▪ Debate:

- La información final al paciente ¿dónde fallamos más? ¿qué parte es la más complicada? ¿Qué aspectos considero más útiles de los tratados en el texto?

6. UNIDAD DIDÁCTICA 6: El paciente opina.

○ Objetivos:

- Adquirir habilidades básicas de negociación.
- Adquirir el hábito de preguntar la opinión al paciente

○ Contenidos:

▪ El paciente tiene opiniones, creencias y preferencias.

- Técnicas para contrastar opiniones
- Técnicas de negociación.

○ Tiempo de dedicación: 6 horas.

○ Material docente y de apoyo:

▪ *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 175-197

▪ Material complementario: *Entrevista clínica*, de F. Borrell. Capítulo 1, páginas 197-230.

○ Actividades:

▪ Actividad individual:

- En la consulta: practicar con al menos dos pacientes cada día (aparte de lo aprendido hasta ahora) preguntando por sus opiniones y preferencias encanto a tratamientos, actuaciones, etc. Aplicar alguna de las técnicas de negociación estudiadas en los casos en que no estemos en sintonía.

▪ Debate: ¿el paciente opina? Riesgos y beneficios. ¿Cuáles son las situaciones en que me encuentro con mayores dificultades para negociar? ¿Cómo las resuelvo habitualmente? ¿He encontrado nuevas pistas para hacerlo de otra forma? ¿Cómo me siento cuando una negociación no termina como yo lo esperaba?

TEMPORALIZACIÓN:

○ Semana 1 (14/03/2016 – 20/03/2016):

▪ UD 1: presentación del blog y la dinámica de trabajo. Presentación de alumnos.

▪ UD 1: entrada del blog

○ Semana Santa: sin actividades programadas. Se puede aprove-

char para coger el ritmo del curso.

- Semana 2 (28/03/2016 – 03/04/2016):
 - UD 2: lecturas
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 3 (04/04/2016 – 10/04/2016):
 - UD 2: practica en la consulta y debate
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 4 (11/04/2016 – 17/04/2016):
 - UD 3: lecturas
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 5 (18/04/2016 – 24/04/2016):
 - UD 3: practica en la consulta y debate
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 6 (25/04/2016 – 01/05/2016):
 - UD 4: lecturas
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 7 (02/05/2016 – 08/05/2016):
 - UD 4: practica en la consulta y debate
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 8 (09/05/2016 – 15/05/2016):
 - UD 5: lecturas
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 9 (16/05/2016 – 22/05/2016):
 - UD 5: practica en la consulta y debate
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 10 (23/05/2016 – 29/05/2016):
 - UD 6: lecturas
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 11 (30/05/2016-05/06/2016):
 - UD 6: practica en la consulta y debate
 - UD 1: entrada del blog
- Semana 12(06/06/2016-12/06/2016):
 - Debate sobre lo aprendido, lo no aprendido, expectativas cumplidas, etc. (No puntuable)
 - Encuestas de satisfacción del curso y los docentes.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Los objetivos de la evaluación son dos:

- Evaluar el desempeño de los alumnos en el curso y la aplicación de los conocimientos.
- Evaluar la calidad y el impacto del curso en los alumnos y su actividad profesional.

La evaluación del curso se realizará siguiendo el modelo de los 4 niveles de Kirkpatrick:

1. Reacción: mide la satisfacción y opinión del alumnado sobre la actividad formativa
2. Aprendizaje: mide los resultados de los alumnos en términos de objetivos de aprendizaje (conocimientos y habilidades)
3. Comportamiento: mide la capacidad de los alumnos de aplicar en la práctica lo aprendido
4. Resultados: mide los resultados que se obtienen por la puesta en práctica de lo aprendido

NIVEL 1:

- Encuesta de satisfacción sobre el curso. Se utilizará el modelo estándar de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Análisis de contenido de las intervenciones en el debate final de evaluación del curso.

NIVEL 2:

CONTENIDO:

- Blog: 1 punto por cada entrada. Mínimo 6 puntos.
- Reflexión sobre las entradas del blog: 1 punto por cada una, mínimo 6.
- Resto de actividades individuales:
 - Puntuación: 1 punto por entregar. 1 punto por cumplir los requisitos de la actividad.
 - Puntuación máxima: 12 puntos. Puntuación para considerar aprobadas las actividades individuales: 9 puntos

PARTICIPACIÓN:

- Actividades grupales (debates)
 - La lectura de las aportaciones del resto solo se abrirán al alumno cuando haya hecho al menos una contribución.
 - Cada participación con contenido relevante (el alumno aporta su propia opinión y no se limita a contestar con respuestas cortas del tipo “estoy de acuerdo” o similar”): 1 punto.
 - Puntuación mínima para considerar realizada la actividad: 2 puntos (2 intervenciones con contenido relevante).
 - Puntuación final requerida para apto: completar 5 de los 6 debates (2 puntos en cada uno)

NIVEL 3:

- Encuesta individual sobre la aplicación de lo aprendido en su actividad diaria.
- Comparación de textos escritos antes y después del curso.

NIVEL 4:

- Repetición de las encuestas realizadas previamente al inicio del curso, al menos un mes después de terminado el curso.
 - Impacto en el profesional:
 - Medida de la empatía: cuestionario de Jefferson¹. El cuestionario de Jefferson comprende 20 ítems puntuados mediante una escala de Likert de 7 puntos. Ha sido validado al castellano.
 - Medida del nivel de burn-out: Cuestionario de desgaste profesional médico². Comprende 3 escalas con 12, 16 y 16 preguntas que se puntúan mediante una escala de Likert de 4 puntos. Establece tres niveles de desgaste: bajo (1-1,99; medio: 2-2,99; alto>2)
 - Impacto percibido por los pacientes:
 - Calidad de la relación clínica médico-paciente: medida mediante el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)(25), medido antes y después de la intervención educativa.

CRITERIOS PARA APROBAR EL CURSO:

- Nivel 1: Participación voluntaria. No evaluable.
- Nivel 2: apto en contenido (blog y actividades individuales por separado). Apto en debates.
- Nivel 3 y 4: completar y devolver las encuestas de evaluación (propias y a pacientes) y los textos requeridos

iii. PLAN DOCENTE DEL CURSO: MEDICINA NARRATIVA: ESCRITURA REFLEXIVA.

JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA

La práctica clínica utiliza como herramienta fundamental el lenguaje. De hecho, el encuentro clínico es, sobre todo, un acto de diálogo entre el profesional y el paciente. Y el diálogo tiene como herramienta el lenguaje. Sin embargo, el lenguaje, tanto en su aspecto más teórico, como en el práctico (la comunicación clínica) ocupan, cuando existen, un lugar marginal en los planes de estudio de medicina. En la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, la formación en comunicación se centra en la adquisición de habilidades de lo que se denomina Entrevista Clínica(1).

El lenguaje es una característica fundamental del ser humano. La comunicación es lo que nos permite interaccionar unos con otros. Pero el uso del lenguaje como herramienta requiere de formación tanto como cualquier otra habilidad clínica. El aspecto narrativo de la práctica médica ha sido estudiado ampliamente. Kathleen Montgomery, tras un profundo estudio etnográfico, lo expone profundamente en su libro *Doctors' Stories* (2). Desde hace más de una década y asentándose en la experiencia de enseñanza procedente de los cursos de Medicina y Literatura que se imparten desde los años 70 en facultades de medicina americanas, se ha desarrollado una nueva forma de entender la relación clínica, la llamada Medicina Narrativa (*Narrative Medicine* en inglés)(3). Definida por su impulsora, Rita Charon, como la *medicina practicada con competencias narrativas*, es decir, con la *capacidad de absorber, comprender y conmoverse por las historias de los pacientes*.

Por otro lado, el discurso de la deshumanización contemporánea de la práctica sanitaria está ampliamente extendido y reconocido como real. De hecho, proliferan los proyectos y programas de Humanización de la Sanidad. Sin ir más lejos, el Servicio Canario de Salud tiene su propio Plan de Humanización (4). Sin embargo, y probablemente por la situación económica, dicho Plan ha quedado reducido a dos talleres de comunicación de 5 horas celebrados cada año dentro del plan de formación de los profesionales sanitarios. Esto supone un reconocimiento de la necesidad de la formación en comunicación como parte fundamental de la humanización de la asistencia.

¿Cuál es el valor de la narración en medicina? Para Trisha Greenhalgh, médica general e investigadora británica, la utilidad de la narración de la enfermedad es múltiple: tiene valor explicativo de la enfermedad (ayuda al paciente a explicar, articular y entender lo que le ocurre), tiene valor diagnóstico y terapéutico (ayuda al clínico a emparejar la historia del paciente con las historias de enfermedad y los protocolos de tratamiento), tiene valor iluminador (subraya los elementos desconocidos, las tensiones y las ambigüedades morales que el paciente tiene que enfrentar), tiene un valor transformador (genera nuevos significados. Una buena narrativa de la enfermedad tiene características literarias: atrayente, coherente, auténtica, y persuasiva (5). La utilidad de la narración en la práctica médica ya aparecía en artículos de principios de la década de los 90 (6). Su aplicación práctica ha alcanzado a instituciones tan prestigiosas internacionalmente como la Mayo Clinic (7).

La Medicina Narrativa hace uso de técnicas relacionadas con la lectura y la escri-

tura reflexiva para conseguir que los discentes adquieran las competencias narrativas necesarias para la relación médico-paciente (8). En el caso de la escritura reflexiva el objetivo es obligar al discente a escribir como técnica de reflexión sobre sus experiencias y su práctica y analizar posteriormente dichos escritos como un modo de descubrir y reflexionar sobre elementos de los que no éramos conscientes previamente(9).

La escritura reflexiva se ha utilizado en la formación de médicos y otros profesionales sanitarios desde hace años (10,11). Diversos estudios muestran que la práctica de la escritura reflexiva puede mejorar la empatía, influir en el desarrollo del profesionalismo y otros elementos imprescindibles del profesional (12,13) e incrementar la capacidad del profesional de ser consciente de su propia actividad profesional.

El objetivo de esta actividad formativa es contribuir a la humanización de la práctica médica a partir de la formación en el eslabón más visible de la cadena de producción sanitaria: el encuentro médico-paciente. Para ello, se propone utilizar una aproximación a la relación clínica basada en el reconocimiento de la narración como herramienta de trabajo clínico, mediante técnicas que se están utilizando de manera amplia en formación pre, post graduada y continuada, en múltiples países del mundo occidental, en concreto mediante el uso de la literatura. El objetivo final es mejorar la experiencia tanto del paciente como del profesional y contribuir a una mejor atención que redunde en resultados de salud.

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. Barcelona: Semfyc; 2005 [citado 3 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf
2. Montgomery K. Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991.
3. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med.* 2001;134(1):83-7.
4. Roldós inaugura la I Jornada Canarias de Humanización de los Servicios Sanitarios para mejorar el trato con pacientes. EuropaPress [Internet]. Santa Cruz de Tenerife; 14 de octubre de 2010 [citado 3 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-roldos-inaugura-jornada-canarias-humanizacion-servicios-sanitarios-mejorar-trato-pacientes-20100414162054.html>
5. Greenhalgh T, Research NT for, Services PS in H. What seems to be the trouble?: stories in illness and healthcare [Internet]. Radcliffe; 2006 [citado 9 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.ritsumeihuman.com/hsrc/resource/06/p60-66.pdf>
6. Shapiro J. The use of narrative in the doctor-patient encounter. *Fam Syst Med.* 1993;11(1):47-53.
7. Rian J, Hammer R. The Practical Application of Narrative Medicine at Mayo Clinic: Imagining the Scaffold of a Worthy House. *Cult Med Psychiatry.* diciembre de 2013;37(4):670-80.
8. Charon R. Narrative medicine [Internet]. Oxford University Press; 2004

[citado 14 de enero de 2014]. Recuperado a partir de: <http://journal.9med.net/qikan/article.php?id=208591>

9. Charon, Rita, Herman, Nellie. A sense of story, or Why teach reflective writing? 2012;87(1):5-7.

10. Bolton G. Stories at work: reflective writing for practitioners. The Lancet. 1999;354(9174):243-5.

11. Brady DW, Corbie-Smith G, Branch WT. «What's important to you?»: The use of narratives to promote self-reflection and to understand the experiences of medical residents. Ann Intern Med. 2002;137(3):220-3.

12. Peterkin A, Roberts M, Kavanagh L, Havey T. Narrative means to professional ends. Can Fam Physician. octubre de 2012;58(10):e563-9.

13. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. Acad Med. 2004;79(4):351.

OBJETIVOS:

○ OBJETIVO GENERAL:

- Promover una atención sanitaria más humana que beneficie tanto al profesional como al paciente.

○ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer los principios de la Medicina Narrativa y su aplicación práctica a la actividad del médico de familia
- Aprender a utilizar la escritura reflexiva como herramienta de mejora de la práctica profesional.
- Adquirir el hábito reflexivo para evaluar la propia práctica profesional.
- Ser capaz de describir y descubrir las historias de los pacientes a través de la práctica de la escritura

ORGANIZACIÓN:

- E-learning: curso online mediante plataforma Moodle de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Duración de 12 semanas, con 6 módulos.

CONTENIDOS Y ACTIVIDADES

1. UNIDAD DIDACTICA 1: Introducción. Medicina Narrativa.

● Objetivos:

- Introducción al curso: presentación de objetivos, manejo de la plataforma, presentación de alumnos, presentación de las características del curso.
- Conocer los principios de la medicina narrativa y su aplicación a la práctica clínica.
- Reflexionar sobre el papel de las “historias” en la práctica clínica.

● Contenidos:

- Normas de participación en el curso.
- Presentación de la Guía Docente.
- Definición y características básicas de la Medicina Narrativa

- El hábito de simplificar las historias.
- Tiempo de dedicación: 6 horas.
- Material docente y de apoyo:
 - Artículos de medicina narrativa (se aportará traducción aproximada):
 - Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of internal medicine*. 2001;134(1):83-7.
 - Vídeo: “The risk of a simple story”. Chimamanda Adidi. TEDxTalks. Disponible en internet. Subtitulado en español.
- Actividades:
 - Foro de presentación (ojo, respetando el anonimato).
 - Debate 1: Mi experiencia de escritura. ¿Escribo? ¿Escribiría? Riesgos y ventajas.
 - Debate 2: El riesgo de las historias simples. Comentarios sobre el vídeo y experiencias personales en relación a lo que en él se cuenta.
 - Actividad individual: texto sobre mi historia simple. Cuando otros simplificaron mi propia historia.

2. UNIDAD DIDACTICA 2.-

- Objetivos:
 - Descubrir el papel de la escritura en la práctica reflexiva del médico/a
 - Iniciarse en la escritura.
- Contenidos:
 - ¿Por qué escribir?
 - Los elementos de una narración.
- Tiempo de dedicación: 6 horas.
- Material docente y de apoyo:
 - Peterkin A. Why we write (and how we can do it better). *Canadian Medical Association Journal*. 20 de septiembre de 2010;182(15):1650-2. (Traducción aproximada).
 - Los elementos de la narración.
- Actividades:
 - Actividad individual: La historia de mi nombre.
 - Debate: compartir la “historia de mi nombre”. Leer detenidamente y comentar sobre las historias de compañeros. Comentar sobre la impresión que nos causa releer nuestro propio relato.

3. UNIDAD DIDACTICA 3.-

- Objetivos:
 - Reflexionar sobre la utilidad de la escritura como herramienta de reflexión.
 - Profundizar en la práctica de la escritura reflexiva.
- Contenidos:
 - Atención-representación-afiliación. Escribir como paso impres-

credibilidad para comprender una historia.

- El punto de vista del texto.
- Tiempo de dedicación: 6 horas.
- Material docente y de apoyo:
 - Charon - 2005 - Narrative medicine attention, representation, aff.pdf [Internet]. [citado 14 de enero de 2014]. (Traducción aproximada)
 - Una herramienta para reflexionar sobre lo que escribo. Resumen del capítulo 3 de What seems to be the trouble? De Trisha Greenhalt. Presentación de las preguntas de reflexión.
- Actividades:
 - Actividad individual: "Un paciente me contó..." Escribir una narración a partir de la historia de un paciente y su experiencia de enfermedad.
 - Debate: ¿qué añade la escritura a la historia? ¿Cambia la historia cuando la escribo? ¿Descubro nuevos elementos? ¿Por qué elijo esa historia en concreto? Comentarios sobre una historia de otro compañero. Contraste de impresiones sobre la historia.

4.- UNIDAD DIDACTICA 4.-

- Objetivos:
 - Profundizar en la práctica de la escritura reflexiva.
 - Estimular la imaginación narrativa: crear historias.
- Contenidos:
 - El narrador. Tipos de narrador.
- Tiempo de dedicación: 6 horas.
- Material docente y de apoyo:
 - J. Launer. What's the point of reflective writing? Postgraduate Medical Journal. 2015;91(1076):357-8.
 - El narrador.
- Actividades:
 - Actividad individual: describir un encuentro complejo (difícil, conflictivo, no resolutivo, incómodo, etc..) con un paciente. Reescribir la historia con el paciente como narrador.
 - Debate: cambiando la perspectiva. ¿Qué ocurre cuando imaginamos al paciente como narrador? ¿En qué posición lo colocamos? ¿Qué pensamos de las historias de los compañeros? ¿Somos capaces de imaginar la perspectiva del compañero a partir de la historia que ha compartido?

5.- UNIDAD DIDACTICA 5.-

- Objetivos:
 - Profundizar en la escritura reflexiva.
 - Reflexionar sobre la propia experiencia en el mundo sanitario.
- Contenidos:
 - Yo también puedo ser paciente.

- Tiempo de dedicación: 6 horas
- Material docente y de apoyo:
 - Buscar alguna historia personal escrita por un médico: varios blogs
 - El poder de la narrativa. Resumen del capítulo 4 del libro *Reflective Practice*, de Gillie Bolton (SAGE, 2014)
- Actividades:
 - Actividad individual: mi experiencia de enfermedad (como paciente o como familiar)
 - Debate: ¿qué se ve desde el otro lado? Comentarios sobre la historia de un compañero/a. ¿Qué siento al contar mi historia y ver como otros la leen y opinan sobre ella?

6.- UNIDAD DIDACTICA 6:

- Objetivos:
 - Ser capaz de trasladar lo aprendido en escritura reflexiva al contacto con la historia del paciente.
 - Adquirir habilidades para continuar la práctica de la medicina narrativa por sí mismo
- Contenidos:
 - Práctica de reflexión personal.
 - Proyecto de aprendizaje individual.
- Tiempo de dedicación: 10 horas
- Material docente:
 - ¿Qué es un blog?
 - Preguntas de reflexión para el autoanálisis de las entradas del blog.
- Actividades:
 - Actividad individual: Blog de reflexión personal. En cada entrada el alumno escribirá sobre un encuentro con un paciente reciente, incluyendo elementos de reflexión que considere convenientes.
 - Debate a dos: lectura y comentario sobre una entrada de blog de un compañero.
 - Actividad individual: reflexión sobre un proyecto de autoaprendizaje para el futuro.

TEMPORALIZACIÓN:

- Semana 1 (01/03/2016- 06/03/2016):
 - UD1: presentación y lecturas.
 - UD 6: presentación del blog y la dinámica de trabajo.
- Semana 2 (07/03/2016 – 13/03/2016):
 - UD1: debate y actividad individual
 - UD 6: primera entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.

- Semana 3 (14/03/2016 – 20/03/2016):
 - UD 2: lecturas y práctica de escritura.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana Santa (sin actividades)
- Semana 4 (28/03/2016 – 03/04/2016):
 - UD 2: debate.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada..
- Semana 5 (04/04/2016 – 10/04/2016):
 - UD 3: lecturas y práctica de escritura.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 6 (11/04/2016 – 17/04/2016):
 - UD 3: debate.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada..
- Semana 7 (18/04/2016 – 24/04/2016):
 - UD 4: lecturas y práctica de escritura.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 8 (25/04/2016 – 01/05/2016):
 - UD 4: debate y actividad individual
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 9 (02/05/2016 – 08/05/2016):
 - UD 5: lecturas.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 10 (09/05/2016 – 15/05/2016):
 - UD 5: debate y actividad individual
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 11 (16/05/2016 – 22/05/2016):
 - UD 6: entrada final del blog: reflexión sobre el curso y la consulta.
 - UD 6: reflexión sobre la continuidad de lo aprendido: elección de mis próximas lecturas y reflexión sobre la utilidad de continuar con la práctica de la escritura reflexiva.
- Semana 12(23/05/2016 – 29/05/2016):
 - Debate sobre lo aprendido, lo no aprendido, expectativas cumplidas, etc. (No puntuable)
 - Encuestas de satisfacción del curso y los docentes.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Los objetivos de la evaluación son dos:

- Evaluar el desempeño de los alumnos en el curso y la aplicación de los conocimientos.
- Evaluar la calidad y el impacto del curso en los alumnos y su actividad profesional.

La evaluación del curso se realizará siguiendo el modelo de los 4 niveles de

Kirkpatrick:

1. Reacción: mide la satisfacción y opinión del alumnado sobre la actividad formativa
2. Aprendizaje: mide los resultados de los alumnos en términos de objetivos de aprendizaje (conocimientos y habilidades)
3. Comportamiento: mide la capacidad de los alumnos de aplicar en la práctica lo aprendido
4. Resultados: mide los resultados que se obtienen por la puesta en práctica de lo aprendido

NIVEL 1:

- Encuesta de satisfacción sobre el curso. Se utilizará el modelo estándar de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- Análisis de contenido de las intervenciones en el debate final de evaluación del curso.

NIVEL 2:

CONTENIDO:

- Blog: 1 punto por cada entrada. Mínimo 6 puntos.
- Reflexión sobre las entradas del blog: 1 punto por cada una, mínimo 6.
- Resto de actividades individuales:
 - Puntuación: 1 punto por entregar. 1 punto por cumplir los requisitos de la actividad.
 - Puntuación máxima: 12 puntos. Puntuación para considerar aprobadas las actividades individuales: 9 puntos

PARTICIPACIÓN:

- Actividades grupales (debates)
 - La lectura de las aportaciones del resto solo se abrirán al alumno cuando haya hecho al menos una contribución.
 - Cada participación con contenido relevante (el alumno aporta su propia opinión y no se limita a contestar con respuestas cortas del tipo “estoy de acuerdo” o similar): 1 punto.
 - Puntuación mínima para considerar realizada la actividad: 2 puntos (2 intervenciones con contenido relevante).
 - Puntuación final requerida para apto: completar 5 de los 6 debates (2 puntos en cada uno)

NIVEL 3:

- Encuesta individual sobre la aplicación de lo aprendido en su actividad diaria.
- Comparación de textos escritos antes y después del curso.

NIVEL 4:

- Repetición de las encuestas realizadas previamente al inicio del curso, al menos un mes después de terminado el curso.

- Impacto en el profesional:
 - Medida de la empatía: cuestionario de Jefferson¹. El cuestionario de Jefferson comprende 20 ítems puntuados mediante una escala de Likert de 7 puntos. Ha sido validado al castellano.
 - Medida del nivel de burn-out: Cuestionario de desgaste profesional médico². Comprende 3 escalas con 12, 16 y 16 preguntas que se puntúan mediante una escala de Likert de 4 puntos. Establece tres niveles de desgaste: bajo (1-1,99; medio: 2-2,99; alto>2)
- Impacto percibido por los pacientes:
 - Calidad de la relación clínica médico-paciente: medida mediante el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)(25), medido antes y después de la intervención educativa.

CRITERIOS PARA APROBAR EL CURSO:

- Nivel 1: Participación voluntaria. No evaluable.
- Nivel 2: apto en contenido (blog y actividades individuales por separado). Apto en debates.
- Nivel 3 y 4: completar y devolver las encuestas de evaluación (propias y a pacientes) y los textos requeridos.

iv. PLAN DOCENTE DEL CURSO: MEDICINA NARRATIVA-LITERATURA Y MEDICINA

JUSTIFICACIÓN Y PERTINENCIA

La práctica clínica utiliza como herramienta fundamental el lenguaje. De hecho, el encuentro clínico es, sobre todo, un acto de diálogo entre el profesional y el paciente. Y el diálogo tiene como herramienta el lenguaje. Sin embargo, el lenguaje, tanto en su aspecto más teórico, como en el práctico (la comunicación clínica) ocupan, cuando existen, un lugar marginal en los planes de estudio de medicina. En la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, la formación en comunicación se centra en la adquisición de habilidades de lo que se denomina Entrevista Clínica(1).

El lenguaje es una característica fundamental del ser humano. La comunicación es lo que nos permite interaccionar unos con otros. Pero el uso del lenguaje como herramienta requiere de formación tanto como cualquier otra habilidad clínica. El aspecto narrativo de la práctica médica ha sido estudiado ampliamente. Kathleen Montgomery, tras un profundo estudio etnográfico, lo expone profundamente en su libro *Doctors' Stories*(2). Desde hace más de una década y asentándose en la experiencia de enseñanza procedente de los cursos de Medicina y Literatura que se imparten desde los años 70 en facultades de medicina americanas, se ha desarrollado una nueva forma

de entender la relación clínica, la llamada Medicina Narrativa (*Narrative Medicine* en inglés)(3). Definida por su impulsora, Rita Charon, como la *medicina practicada con competencias narrativas*, es decir, con la *capacidad de absorber, comprender y conmoverse por las historias de los pacientes*.

Por otro lado, el discurso de la deshumanización contemporánea de la práctica sanitaria está ampliamente extendido y reconocido como real. De hecho, proliferan los proyectos y programas de Humanización de la Sanidad. Sin ir más lejos, el Servicio Canario de Salud tiene su propio Plan de Humanización(4). Sin embargo, y probablemente por la situación económica, dicho Plan ha quedado reducido a dos talleres de comunicación de 5 horas celebrados cada años dentro del plan de formación de los profesionales sanitarios. Esto supone un reconocimiento de la necesidad de la formación en comunicación como parte fundamental de la humanización de la asistencia.

¿Cuál es el valor de la narración en medicina? Para Trisha Greenhalgh, médico general e investigadora británica, la utilidad de la narración de la enfermedad es múltiple: tiene valor explicativo de la enfermedad (ayuda al paciente a explicar, articular y entender lo que le ocurre), tiene valor diagnóstico y terapéutico (ayuda al clínico a emparejar la historia del paciente con las historias de enfermedad y los protocolos de tratamiento), tiene valor iluminador (subraya los elementos desconocidos, las tensiones y las ambigüedades morales que el paciente tiene que enfrentar), tiene un valor transformador (genera nuevos significados. Una buena narrativa de la enfermedad tiene características literarias: atrayente, coherente, auténtica, y persuasiva(5). La utilidad de la narración en la práctica médica ya aparecía en artículos de principios de la década de los 90(6). Su aplicación práctica ha alcanzado a instituciones tan prestigiosas internacionalmente como la Mayo Clinic(7).

La enseñanza de literatura en relación con la medicina es una práctica consolidada en facultades de medicina, especialmente del mundo anglosajón, donde comenzaron a impartirse cursos de Literatura y Medicina en los años 70. La amplia experiencia en este campo aporta ideas sobre los beneficios que el aprendizaje de y con técnicas propias de la literatura tiene para los médicos. Ann Hunsaker y Marilyn Chandler, con amplia experiencia en el tema, en su libro "Teaching Literature and Medicine" aportan las razones que justifican la enseñanza de literatura a estudiantes y profesionales de la medicina. En primer lugar, el paciente, dado que este tipo de cursos enseña a los médicos a escuchar con discernimiento sus historias, enfatizan la importancia de comprender el punto de vista del paciente y su familia y estimulan la empatía. En segundo lugar, el propio médico, dado que leer, discutir y reflexionar sobre la literatura le pone a uno cara a cara con sus asunciones, sesgos, preconcepciones y alerta sobre la extensión en que estos hechos determinan el modo en que interpretamos un texto. El tercer elemento es ético, la literatura y las habilidades literarias capacitan a los médicos a pensar críticamente y empíricamente sobre temas morales en medicina (8). "A través de la literatura podemos experimentar y reflexionar sobre temas que son totalmente diferentes de cualquier cosa que hayamos experimentado en nuestras vidas: situaciones, incidentes y temas; normas y expectativas sociales y culturales; formas de pensar y ser extrañas o diferentes; emociones y sus efectos en las personas" (9).

El objetivo de esta actividad formativa es contribuir a la humanización de la práctica médica a partir de la formación en el eslabón más visible de la cadena de producción

sanitaria: el encuentro médico-paciente. Para ello, se propone utilizar una aproximación a la relación clínica basada en el reconocimiento de la narración como herramienta de trabajo clínico, mediante técnicas que se están utilizando de manera amplia en formación pre, post graduada y continuada, en múltiples países del mundo occidental, en concreto mediante el uso de la literatura. El objetivo final es mejorar la experiencia tanto del paciente como del profesional y contribuir a una mejor atención que redunde en resultados de salud.

1. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación y Ciencia. Programa Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria [Internet]. Barcelona: Semfyc; 2005 [citado 3 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: http://www.semfyc.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/Programa%20Especialidad%20Def.pdf
2. Montgomery K. Doctors' stories: the narrative structure of medical knowledge. Princeton, N.J.: Princeton University Press; 1991.
3. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med.* 2001;134(1):83-7.
4. Roldós inaugura la I Jornada Canarias de Humanización de los Servicios Sanitarios para mejorar el trato con pacientes. EuropaPress [Internet]. Santa Cruz de Tenerife; 14 de octubre de 2010 [citado 3 de mayo de 2015]; Recuperado a partir de: <http://www.europapress.es/islas-canarias/noticia-roldos-inaugura-jornada-canarias-humanizacion-servicios-sanitarios-mejorar-trato-pacientes-20100414162054.html>
5. Greenhalgh T, Research NT for, Services PS in H. What seems to be the trouble?: stories in illness and healthcare [Internet]. Radcliffe; 2006 [citado 9 de diciembre de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.ritsumeihuman.com/hsrc/resource/06/p60-66.pdf>
6. Shapiro J. The use of narrative in the doctor-patient encounter. *Fam Syst Med.* 1993;11(1):47-53.
7. Rian J, Hammer R. The practical application of narrative medicine at Mayo Clinic: imagining the scaffold of a worthy house. *Cult Med Psychiatry.* diciembre de 2013;37(4):670-80.
8. Hunsaker Hawkins A, Chandler McEntyre (ed): *Teaching Literature and Medicine.* New York: The Modern Language Association of America; 2000.
9. Bolton G. Medicine and literature: writing and reading. *Journal of evaluation in clinical practice.* 2005;11(2):171-9.

OBJETIVOS:

- OBJETIVO GENERAL:
 - Promover una atención sanitaria más humana que beneficie tanto al profesional como al paciente.
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
 - Conocer los principios de la Medicina Narrativa y su aplicación práctica a la actividad del médico de familia

- Conocer y reconocer en un texto literario los principales elementos narrativos: marco narrativo, argumento, los tiempos de la historia, los deseos.
- Aprender a interpretar y absorber una narración literaria.
- Ser capaz de trasladar lo aprendido de la narración literaria al contacto con la historia del paciente.
- Adquirir habilidades para continuar la práctica de la medicina narrativa por sí mismo.

ORGANIZACIÓN:

- E-learning: Curso online a través de plataforma Moodle de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.
- 6 módulos a desarrollar en 12 semanas.
- Tutorización continua.

DOCENTES:

Dirección y diseño del curso:

- María Dolores Marrero Díaz. Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Tutores:

- Benigno León Felipe. Licenciado en Filosofía y Letras sección Filología Románica. Doctor en Literatura Española. Profesor de la Universidad de La Laguna.
- Ernesto Rodríguez Abad: Licenciado en Filología Hispánica y Francesa. Profesor de la ULL. Escritor.

CONTENIDOS Y ACTIVIDADES:

1. UNIDAD DIDACTICA 1. Introducción.

- Objetivos:
 - Introducción al curso: presentación de objetivos, manejo de la plataforma, presentación de alumnos, presentación de las características del curso.
 - Conocer los principios básicos de la Medicina Narrativa.
- Contenidos:
 - Normas de participación en el curso.
 - Presentación de la Guía Docente.
 - Definición y características básicas de la Medicina Narrativa
 - El papel de la literatura en la formación médica.
- Tiempo de dedicación: 6 horas.
- Material docente y de apoyo:
 - Artículos de medicina narrativa (se aportará traducción aproximada):
 - Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Annals of internal medicine*. 2001;134(1):83-7.

- Charon R. Narrative medicine: attention, representation, affiliation. Narrative. 2005;13(3):261-70.
 - Literatura y medicina (con traducción aproximada para los documentos en inglés):
 - Charon R. Literature and medicine: origins and destinies. Academic Medicine. 2000;75(1):23-7.
 - Actividades:
 - Foro de presentación (no evaluable)
 - Debate: ¿Cuales son las lecturas que han marcado mi vida y/o mi profesión? ¿Soy lector? ¿Qué libros recomendaría leer a un/a médico/a?
 - Actividad individual: Reflexión personal sobre las lecturas: ¿Qué opinión me merece la idea del papel de la literatura en mi formación continuada como médico/a? ¿Puede tener un papel en mi estilo de consulta?
 - Debate: Literatura y Medicina: Utilidad de la literatura en la formación del médico: ¿ocio o formación?.
2. UNIDAD DIDÁCTICA 2: El marco narrativo.
- Objetivos:
 - Conocer y reconocer en un texto literario los principales elementos narrativos: el marco narrativo.
 - Iniciarse en la lectura atenta de literatura.
 - Contenidos:
 - Análisis literario
 - El marco narrativo.
 - Campamento Indio, de Ernest Hemingway.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas.
 - Material docente: y de apoyo:
 - Lectura: Campamento Indio. Hemingway
 - Teoría: Análisis narrativo, generalidades. El marco narrativo.
 - Actividades:
 - Debate: comentario conjunto sobre la lectura realizada.
 - Actividad individual: reflexión sobre algún aspecto de la lectura realizada.
3. UNIDAD DIDÁCTICA 3: Los tiempos de la historia.
- Objetivos:
 - Conocer y reconocer en un texto literario los principales elementos narrativos: los tiempos de la historia.
 - Profundizar en la lectura atenta de literatura.
 - Contenidos:
 - Los tiempos en la narración.
 - Una mujer independiente. John Berger.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas
 - Material docente y de apoyo:
 - Los tiempos de la narración. Material teórico.

- “El tiempo real y el tiempo vital”
 - Lectura: Una mujer independiente. John Berger.
 - Actividades:
 - Debate: el tiempo en “una mujer independiente”, orden y desorden en la narración.
 - Actividad individual: ¿Cómo se construyen los tiempos del paciente en la narración de la historia?
4. UNIDAD DIDÁCTICA 4: El argumento.
- Objetivos:
 - Conocer y reconocer en un texto literario los principales elementos narrativos: el argumento.
 - Profundizar en la lectura atenta de literatura.
 - Contenidos:
 - El argumento, la trama y la historia.
 - “El papel amarillo”. Charlotte Perkins.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas
 - Material docente y de apoyo:
 - El argumento, la trama y la historia. Material teórico.
 - Lectura: “El papel amarillo”. Charlotte Perkins.
 - Actividades:
 - Debate: ¿de qué va? Análisis del argumento de “El papel amarillo”
 - Actividad individual: La historia oculta en las consultas. Descubriendo el argumento.
5. UNIDAD DIDACTICA 5: Los deseos
- Objetivos:
 - Conocer y reconocer en un texto literario los principales elementos narrativos: los deseos ocultos.
 - Aprender a interpretar y absorber una narración literaria: profundización.
 - Contenidos:
 - Los deseos. Lo dicho y lo no dicho.
 - El olor del crisantemo. DH Lawrence.
 - Tiempo de dedicación: 6 horas
 - Material docente y de apoyo:
 - Los deseos en la narración, explícitos e implícitos. Material teórico.
 - Lectura: El olor del crisantemo. DH Lawrence.
 - Actividades:
 - Debate: ¿Cómo detectar los deseos ocultos de una historia? ¿Realmente quiero descubrir los deseos o es mejor quedarse en lo obvio? Análisis de la lectura.
 - Actividad individual: reflexión sobre lo no dicho en las consultas.
6. UNIDAD DIDACTICA 6. Literatura y medicina en la consulta. Aplicación práctica de lo aprendido.

- Objetivos:
 - Ser capaz de trasladar lo aprendido de la narración literaria al contacto con la historia del paciente.
 - Adquirir habilidades para continuar la práctica de la medicina narrativa por sí mismo
- Contenidos:
 - Práctica de reflexión personal.
 - Proyecto de aprendizaje individual.
- Tiempo de dedicación: 10 horas
- Material docente:
 - ¿Qué es un blog?
 - Preguntas de reflexión para el autoanálisis de las entradas del blog.
 - Listado de literatura para médicos.
- Actividades:
 - Actividad individual: Blog de reflexión personal. En cada entrada el alumno escribirá sobre un encuentro con un paciente reciente, incluyendo elementos de reflexión que considere convenientes.
 - Debate a dos: lectura y comentario sobre una entrada de blog de un compañero.
 - Actividad individual: reflexión sobre el proyecto de autoaprendizaje para el futuro.

TEMPORALIZACIÓN:

- Semana 1 (01/03/2016- 06/03/2016):
 - UD1: presentación y lecturas.
 - UD 6: presentación del blog y la dinámica de trabajo.
- Semana 2 (07/03/2016 – 13/03/2016):
 - UD1: debate y actividad individual
 - UD 6: primera entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 3 (14/03/2016 – 20/03/2016):
 - UD 2: lecturas
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana Santa (sin actividades)
- Semana 4 (28/03/2016 – 03/04/2016):
 - UD 2: debate y actividad individual.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada..
- Semana 5 (04/04/2016 – 10/04/2016):
 - UD 3: lecturas
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 6 (11/04/2016 – 17/04/2016):
 - UD 3: debate y actividad individual.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada..

- Semana 7 (18/04/2016 – 24/04/2016):
 - UD 4: lecturas.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 8 (25/04/2016 – 01/05/2016):
 - UD 4: debate y actividad individual
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 9 (02/05/2016 – 08/05/2016):
 - UD 5: lecturas.
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 10 (09/05/2016 – 15/05/2016):
 - UD 5: debate y actividad individual
 - UD 6: entrada del blog y reflexión guiada sobre la entrada.
- Semana 11 (16/05/2016 – 22/05/2016):
 - UD 6: entrada final del blog: reflexión sobre el curso y la consulta.
 - UD 6: reflexión sobre la continuidad de lo aprendido: elección de mis próximas lecturas y reflexión sobre la utilidad de continuar con la práctica de la escritura reflexiva.
- Semana 12(23/05/2016 – 29/05/2016):
 - Debate sobre lo aprendido, lo no aprendido, expectativas cumplidas, etc. (No puntuable)
 - Encuestas de satisfacción del curso y los docentes.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Los objetivos de la evaluación son dos:

- Evaluar el desempeño de los alumnos en el curso y la aplicación de los conocimientos.
- Evaluar la calidad y el impacto del curso en los alumnos y su actividad profesional.

La evaluación del curso se realizará siguiendo el modelo de los 4 niveles de Kirkpatrick:

1. Reacción: mide la satisfacción y opinión del alumnado sobre la actividad formativa
2. Aprendizaje: mide los resultados de los alumnos en términos de objetivos de aprendizaje (conocimientos y habilidades)
3. Comportamiento: mide la capacidad de los alumnos de aplicar en la práctica lo aprendido
4. Resultados: mide los resultados que se obtienen por la puesta en práctica de lo aprendido

NIVEL 1:

- Encuesta de satisfacción sobre el curso. Se utilizará el modelo estándar de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

- Análisis de contenido de las intervenciones en el debate final de evaluación del curso.

NIVEL 2:

CONTENIDO:

- Blog: 1 punto por cada entrada. Mínimo 6 puntos.
- Reflexión sobre las entradas del blog: 1 punto por cada una, mínimo 6.
- Resto de actividades individuales:
 - Puntuación: 1 punto por entregar. 1 punto por cumplir los requisitos de la actividad.
 - Puntuación máxima: 12 puntos. Puntuación para considerar aprobadas las actividades individuales: 9 puntos

PARTICIPACIÓN:

- Actividades grupales (debates)
 - La lectura de las aportaciones del resto solo se abrirán al alumno cuando haya hecho al menos una contribución.
 - Cada participación con contenido relevante (el alumno aporta su propia opinión y no se limita a contestar con respuestas cortas del tipo “estoy de acuerdo” o similar”): 1 punto.
 - Puntuación mínima para considerar realizada la actividad: 2 puntos (2 intervenciones con contenido relevante).
 - Puntuación final requerida para apto: completar 5 de los 6 debates (2 puntos en cada uno)

NIVEL 3:

- Encuesta individual sobre la aplicación de lo aprendido en su actividad diaria.
- Comparación de textos escritos antes y después del curso.

NIVEL 4:

- Repetición de las encuestas realizadas previamente al inicio del curso, al menos un mes después de terminado el curso.
 - Impacto en el profesional:
 - Medida de la empatía: cuestionario de Jefferson¹. El cuestionario de Jefferson comprende 20 ítems puntuados mediante una escala de Likert de 7 puntos. Ha sido validado al castellano.
 - Medida del nivel de burn-out: Cuestionario de desgaste profesional médico². Comprende 3 escalas con 12, 16 y 16 preguntas que se puntúan mediante una escala de Likert de 4 puntos. Establece tres niveles de desgaste: bajo (1-1,99; medio: 2-2,99; alto>2)
 - Impacto percibido por los pacientes:
 - Calidad de la relación clínica médico-paciente: medida mediante el Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente

(CREM-P)(25), medido antes y después de la intervención educativa.

CRITERIOS PARA APROBAR EL CURSO:

- Nivel 1: Participación voluntaria. No evaluable.
- Nivel 2: apto en contenido (blog y actividades individuales por separado). Apto en debates.
- Nivel 3 y 4: completar y devolver las encuestas de evaluación (propias y a pacientes) y los textos requeridos.

ANEXO IV: ACREDITACIÓN DE LOS CURSOS



SERVICIO
CANARIO DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS HUMANOS



Gobierno
de Canarias



Comisión Canaria de
Formación Continuada de
las Profesiones Sanitarias

Institución: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife

Dirección: Carmen Monteverde 45

Localidad: Santa Cruz de Tenerife
38003 Santa Cruz de Tenerife

Le comunicamos que la actividad formativa

Entrevista clínica: Repaso de conceptos

Con número de expediente: 05000608-261A

Realizada en Tenerife con 1 edición/es

Desde el: 14/03/2016 al 14/05/2016

Y dirigido a las siguientes profesiones sanitarias:

Médicos

Ha sido ACREDITADA por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con 8,5 Créditos

Obligatorio : Asistencia/Participación por cien.

Evaluación de conocimientos sin calificación

Según la normativa de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, en los materiales de promoción o certificación de asistencia de dicha actividad, tendrán que constar de manera conjunta:

1. El logo de la Comisión de Formación Continuada
2. El texto "Actividad Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05000608-261A Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud".
3. El número de créditos
4. No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, salvo las mencionadas.

La Institución tiene la plena responsabilidad en el cumplimiento estricto de los requisitos establecidos en la propuesta de acreditación presentada ante esta Comisión.

SECRETARÍA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1
35004 – Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 30 81 64



SERVICIO
CANARIO DE LA SALUD
DIRECCIÓN GENERAL
RECURSOS HUMANOS



Gobierno
de Canarias



Comisión Canaria de
Formación Continuada de
las Profesiones Sanitarias

Institución: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
Dirección: Carmen Monteverde 45
Localidad: Santa Cruz de Tenerife
38003 Santa Cruz de Tenerife

Le comunicamos que la actividad formativa

Medicina narrativa: Escritura reflexiva

Con número de expediente: 05000608-262A

Realizada en Tenerife con 1 edición/es

Desde el : 14/03/2016 al 14/05/2016

Y dirigido a las siguientes profesiones sanitarias:

Médicos

Ha sido ACREDITADA por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con 7,1 Créditos

Obligatorio : Asistencia/Participación 100 por cien.

Evaluación de conocimientos sin calificación

Según la normativa de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, en los materiales de promoción o certificación de asistencia de dicha actividad, tendrán que constar de manera conjunta:

1. El logo de la Comisión de Formación Continuada
2. El texto "Actividad Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05000608-262A. Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud".
3. El número de créditos
4. No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, salvo las mencionadas.

La Institución tiene la plena responsabilidad en el cumplimiento estricto de los requisitos establecidos en la propuesta de acreditación presentada ante esta Comisión.

SECRETARÍA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN

Plaza Dr. Juan Bosch Millares, 1
35004 – Las Palmas de Gran Canaria
Telf.: 928 30 81 64



Institución: Gerencia de Atención Primaria de Tenerife
Dirección: Carmen Monteverde 45
Localidad: Santa Cruz de Tenerife
38003 Santa Cruz de Tenerife

Le comunicamos que la actividad formativa
Medicina narrativa: Literatura y medicina

Con número de expediente: 05000608-263A
Realizada en Tenerife con 1 edición/es
Desde el: 14/03/2016 al 14/05/2016

Y dirigido a las siguientes profesiones sanitarias:

Médicos

Ha sido ACREDITADA por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, con 5,9 Créditos

Obligatorio : Asistencia/Participación 100 por cien.

Evaluación de conocimientos sin calificación

Según la normativa de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud, en los materiales de promoción o certificación de asistencia de dicha actividad, tendrán que constar de manera conjunta:

1. El logo de la Comisión de Formación Continuada
2. El texto "Actividad Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05000608-263A. Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales, que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud".
3. El número de créditos
4. No se puede hacer ninguna otra referencia a la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, salvo las mencionadas.

La Institución tiene la plena responsabilidad en el cumplimiento estricto de los requisitos establecidos en la propuesta de acreditación presentada ante esta Comisión.

SECRETARÍA TÉCNICA DE ACREDITACIÓN

ANEXO V: CUESTIONARIO INICIAL

Estimado/a compañero/a: en las siguientes páginas encontrarás una serie de cuestionarios y una pregunta más amplia al final. Por favor, responde de la manera más sincera posible.

Una vez completado, introduce todas las páginas en el sobre adjunto y entrégalo en administración para que sea remitido a la investigadora principal.

Los cuestionarios no van acompañados de datos personales. Se identifican con un código con el fin de ponerlos en relación con el resto de actividades de esta investigación.

Los datos se almacenarán disociados de los datos personales. Si en algún momento deseas obtener los resultados particulares de tus cuestionarios no dudes en dirigirte a la investigadora principal.

Gracias por tu colaboración.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES

Sexo: masculino femenino

Edad: ____ años

Titulación: Licenciado/Graduado en Medicina
 Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria vía MIR
 Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria por otras vías
 Otras especialidades

Tiempo de experiencia profesional: ____ años

Tiempo de experiencia profesional en la categoría de médico de familia en Equipo de Atención Primaria: ____ años

Tiempo con el cupo actual: ____ años

Centro de salud: Urbano Rural Mixto

¿Tutor de residentes de MFyC? Sí No

¿Formación previa en Entrevista Clínica, Comunicación, y temas relacionados?

Sí No

¿Cómo considerarías tus habilidades de comunicación con los pacientes?

Excelentes Aceptables Regulares Con dificultades Sin habilidades

ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

INSTRUCCIONES: EN RELACIÓN CON EL TRABAJO MÉDICO. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones rodeando el número apropiado junto a cada oración.

1 indica el mayor desacuerdo y 7 el mayor acuerdo.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		

1.- Mi comprensión de los sentimientos de mi pacientes y sus familiares es un factor relevante en el tratamiento médico.

1 2 3 4 5 6 7

2.- Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.

1 2 3 4 5 6 7

3.- Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

4.- Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.

1 2 3 4 5 6 7

5.- Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.

1 2 3 4 5 6 7

6.- La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.

1 2 3 4 5 6 7

7.- Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.

1 2 3 4 5 6 7

8.- La atención a las experiencias personales de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.

1 2 3 4 5 6 7

9.- Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.

1 2 3 4 5 6 7

10.- Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.

1 2 3 4 5 6 7

11.- Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico: por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.

1 2 3 4 5 6 7

12.- Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.

1 2 3 4 5 6 7

13.- Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.

1 2 3 4 5 6 7

14.- Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.

1 2 3 4 5 6 7

15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.

1 2 3 4 5 6 7

16.- Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias..

1 2 3 4 5 6 7

17.- Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.

1 2 3 4 5 6 7

18.- No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.

1 2 3 4 5 6 7

19.- No disfruto al leer literatura no médica ni del arte.

1 2 3 4 5 6 7

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

1 2 3 4 5 6 7

CUESTIONARIO DE DESGASTE PROFESIONAL MÉDICO

Escala de antecedentes:

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *factores del trabajo* con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- La falta de tiempo me obliga a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros

1 2 3 4

2.- Los pacientes esperan que se cumplan sus derechos pero que no les pidas obligaciones.

1 2 3 4

3.- Me afecta la muerte de un paciente cuando ha sido un caso en el que he puesto mucha dedicación.

1 2 3 4

4.- El trabajo con enfermos crónicos y/o terminales me resulta especialmente difícil

1 2 3 4

5.- El trabajo médico proporciona prestigio social

1 2 3 4

6.- Los pacientes esperan del médico que siempre cure porque es su obligación

1 2 3 4

7.- Me siento mal cuando tengo que prescribir tratamientos dolorosos

1 2 3 4

8.- Mis supervisores en ocasiones me proponen demandas contradictorias

1 2 3 4

9.- No se tiene en cuenta nuestra opinión a la hora de tomar decisiones sobre la organización del trabajo

1 2 3 4

11.- La falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía

1 2 3 4

12.- Me afecta percibir la angustia de los pacientes y/o sus familiares

1 2 3 4

13.- He perdido la confianza sobre la importancia social de mi trabajo

1 2 3 4

14.- A los gestores no les interesa la calidad del trabajo, los criterios son solo cuantitativos y económicos.

1 2 3 4

15.- Las complicaciones en la salud de mis pacientes es algo que me afecta

1 2 3 4

16.- Con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población

1 2 3 4

17.- Tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes críticas sobre mi trabajo

1 2 3 4

18.- El trabajo médico en la sociedad solo tiene impacto si lo realizas en condiciones infrahumanas (tercer mundo, por ejemplo)

1 2 3 4

19.- Diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal

1 2 3 4

20.- La culpabilidad por los fallos en la calidad asistencial siempre recae sobre el médico

1 2 3 4

21.- Me afecta tratar con enfermos con dificultades de comunicación (ancianos, pacientes en coma, discapacitados...)

1 2 3 4

22.- Existe falta de amparo y respuesta de la dirección ante mis demandas

1 2 3 4

23.- Antes el médico era un dios y ahora un funcionario de la salud

1 2 3 4

24.- Me resulta difícil el trato con pacientes que trae la policía (adictos a droga, violentos, etc.)

1 2 3 4

Escala del síndrome de Desgaste Profesional Médico (DPM):

A continuación encontrará una serie de cuestiones a *cómo se siente respecto a su trabajo* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- No me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático.

1 2 3 4

2.- Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.

1 2 3 4

3.- Mi poder adquisitivo no ha ido acorde al incremento de responsabilidades tal y como yo esperaba.

1 2 3 4

4.- Cada vez me implico menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general.

1 2 3 4

5.- Me siento débil y físicamente agotado.

1 2 3 4

6.- Esperaba una actitud de agradecimiento por mi trabajo médico en los pacientes pero se da todo lo contrario.

1 2 3 4

7.- En esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni con nadie.

1 2 3 4

8.- Estoy emocionalmente agotado.

1 2 3 4

9.- Esperaba recibir un rápido reconocimiento profesional y social por la labor desempeñada pero no ha sido así.

1 2 3 4

10.- Creo que cada vez soy más frío en mi profesión.

1 2 3 4

11.- me siento acabado cuando llego a casa la final de la jornada.

1 2 3 4

12.- Deseaba un mayor impacto en la sociedad de mi trabajo como médico y no es así.

1 2 3 4

Escala de consecuentes :

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *cómo le afecta su trabajo* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión.

1 2 3 4

2.- En ocasiones tengo molestias psicósomáticas por mi trabajo

1 2 3 4

3.- Prefiero trabajar solo que en equipo en este trabajo

1 2 3 4

4.- Frecuentemente estoy hipersensible a la crítica

1 2 3 4

5.- He tenido deseos de abandonar la profesión

1 2 3 4

6.- El trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud

1 2 3 4

7.- Cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo.

1 2 3 4

8.- Mi trabajo me vuelve irritable con la familia

1 2 3 4

9.- Últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud.

1 2 3 4

10.-En ocasiones pierdo la confianza en mi mismo/a

1 2 3 4

11.- Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión

1 2 3 4

12.- He tenido alteraciones del sueño en los últimos meses

1 2 3 4

13.- Me noto preocupado/a incluso obsesionado/a por temas laborales.

1 2 3 4

14.-Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios

1 2 3 4

15.- Prefiero arreglármelas yo solo/a para realizar el trabajo diario

1 2 3 4

16.- Evito en lo posible el trato personal con los compañeros de trabajo

1 2 3 4

Escala de recursos personales positivos :

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *su forma habitual de ser* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- Cuando siento las cosas los demás lo perciben sin dificultad

1 2 3 4

2.- Mis emociones son parte de mi mundo interior y no se pueden explicar con palabras

1 2 3 4

3.- Creo que mi vida en el futuro probablemente está bastante definida y clara

1 2 3 4

4.- Cuando me siento mal puedo decirlo con palabras

1 2 3 4

5.- Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos

1 2 3 4

6.- Aunque me sienta mal, soy capaz de controlarlo para que las personas que me rodean no perciban mis sentimientos.

1 2 3 4

7.- Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy.

1 2 3 4

8.- Cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre clara

1 2 3 4

9.- mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.

1 2 3 4

10.- Puedo expresar verbalmente mis emociones sin dificultad

1 2 3 4

11.- A pesar de sentirme mal puedo llegar a controlar mis expresiones emocionales con los demás

1 2 3 4

12.- En raras ocasiones tengo sentimientos/ideas muy confusas

1 2 3 4

13.- La gente que me conoce sabe exactamente cómo me siento, no puedo disimular mis emociones

1 2 3 4

14.- Los últimos diez años de mi vida han transcurrido de forma coherente y clara

1 2 3 4

15.- Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo.

1 2 3 4

16.- Me resulta difícil expresar con palabras cómo me siento

1 2 3 4

UNA HISTORIA PERSONAL

Por favor, escribe en el siguiente espacio una historia/narración en la que relates un encuentro clínico que te haya marcado. Puedes añadir las reflexiones sobre ese encuentro que creas necesarias. No pienses demasiado en cuál episodio elegir. Escribe sobre el primero que recuerdes que haya sido relevante para ti.

Con el fin de mantener la intimidad de los protagonistas, no uses nombres reales ni datos que permitan la identificación de los participantes o del lugar.

Puedes usar cualquier estilo narrativo y darle la extensión que quieras.

Si deseas escribirlo a máquina o en el ordenador, añade las páginas al final. Y, por favor, intenta que la escritura sea legible.

Gracias.

ANEXO VI: CUESTIONARIO FINAL

Estimado/a compañero/a:

En las siguientes páginas encontrarás los mismo cuestionarios que ya contestaste al principio de este proyecto. Además encontrarás una pequeña encuesta inicial sobre el curso seguido y la encuesta de valoración de los cursos.

Calidad de los medios y la infraestructura														
Satisfacción global con el curso														

PUNTÚA DE 0-10 LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE CADA DOCENTE:

PROFESOR	CONOCIMIENTO DE LA MATERIA	CAPACIDAD DE COMUNICAR	RESPUESTA A CUESTIONES PLANTEADAS	EVALUACIÓN GLOBAL
D./D.ª:				
D./D.ª:				

ESCALA MÉDICA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

INSTRUCCIONES: EN RELACIÓN CON EL TRABAJO MÉDICO. Indique su nivel de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones rodeando el número apropiado junto a cada oración.

1 indica el mayor desacuerdo y 7 el mayor acuerdo.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		

1.- Mi comprensión de los sentimientos de mi pacientes y sus familiares es un factor relevante en el tratamiento médico.

1 2 3 4 5 6 7

2.- Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.

1 2 3 4 5 6 7

3.- Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.

1 2 3 4 5 6 7

4.- Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.

1 2 3 4 5 6 7

5.- Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.

1 2 3 4 5 6 7

6.- La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.

1 2 3 4 5 6 7

7.- Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.

1 2 3 4 5 6 7

8.- La atención a las experiencias personales de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.

1 2 3 4 5 6 7

9.- Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.

1 2 3 4 5 6 7

10.- Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.

1 2 3 4 5 6 7

11.- Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico: por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.

1 2 3 4 5 6 7

12.- Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.

1 2 3 4 5 6 7

13.- Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.

1 2 3 4 5 6 7

14.- Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.

1 2 3 4 5 6 7

15.- La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.

1 2 3 4 5 6 7

16.- Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias..

1 2 3 4 5 6 7

17.- Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.

1 2 3 4 5 6 7

18.- No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.

1 2 3 4 5 6 7

19.- No disfruto al leer literatura no médica ni del arte.

1 2 3 4 5 6 7

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

1 2 3 4 5 6 7

CUESTIONARIO DE DESGASTE PROFESIONAL MÉDICO

Escala de antecedentes:

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *factores del trabajo* con las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

- 1.- La falta de tiempo me obliga a tener que tomar decisiones sin que existan criterios de actuación claros
1 2 3 4
- 2.- Los pacientes esperan que se cumplan sus derechos pero que no les pidas obligaciones.
1 2 3 4
- 3.- Me afecta la muerte de un paciente cuando ha sido un caso en el que he puesto mucha dedicación.
1 2 3 4
- 4.- El trabajo con enfermos crónicos y/o terminales me resulta especialmente difícil
1 2 3 4
- 5.- El trabajo médico proporciona prestigio social
1 2 3 4
- 6.- Los pacientes esperan del médico que siempre cure porque es su obligación
1 2 3 4
- 7.- Me siento mal cuando tengo que prescribir tratamientos dolorosos
1 2 3 4
- 8.- Mis supervisores en ocasiones me proponen demandas contradictorias
1 2 3 4
- 9.- No se tiene en cuenta nuestra opinión a la hora de tomar decisiones sobre la organización del trabajo
1 2 3 4
- 11.- La falta de tiempo hace que no dedique a cada paciente el tiempo que desearía
1 2 3 4
- 12.- Me afecta percibir la angustia de los pacientes y/o sus familiares
1 2 3 4
- 13.- He perdido la confianza sobre la importancia social de mi trabajo
1 2 3 4
- 14.- A los gestores no les interesa la calidad del trabajo, los criterios son solo cuantitativos y económicos.
1 2 3 4
- 15.- Las complicaciones en la salud de mis pacientes es algo que me afecta
1 2 3 4
- 16.- Con idénticos medios tengo que atender cada vez a más población
1 2 3 4
- 17.- Tengo dificultades para comunicarme con pacientes con actitudes críticas sobre mi trabajo
1 2 3 4
- 18.- El trabajo médico en la sociedad solo tiene impacto si lo realizas en condiciones infrahumanas (tercer mundo, por ejemplo)
1 2 3 4
- 19.- Diariamente tengo que cumplir objetivos asistenciales con presión temporal
1 2 3 4
- 20.- La culpabilidad por los fallos en la calidad asistencial siempre recae sobre el médico
1 2 3 4
- 21.- Me afecta tratar con enfermos con dificultades de comunicación (ancianos, pacientes en coma, discapacitados...)

1 2 3 4

22.- Existe falta de amparo y respuesta de la dirección ante mis demandas

1 2 3 4

23.- Antes el médico era un dios y ahora un funcionario de la salud

1 2 3 4

24.-Me resulta difícil el trato con pacientes que trae la policía (adictos a droga, violentos, etc.)

1 2 3 4

Escala del síndrome de Desgaste Profesional Médico (DPM):

A continuación encontrará una serie de cuestiones a *cómo se siente respecto a su trabajo* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- No me importa lo que mis pacientes piensen de mí, no tengo obligación de ser siempre simpático.

1 2 3 4

2.- Me siento fatigado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.

1 2 3 4

3.- Mi poder adquisitivo no ha ido acorde al incremento de responsabilidades tal y como yo esperaba.

1 2 3 4

4.- Cada vez me implico menos con los pacientes, las tareas y la profesión en general.

1 2 3 4

5.- Me siento débil y físicamente agotado.

1 2 3 4

6.- Esperaba una actitud de agradecimiento por mi trabajo médico en los pacientes pero se da todo lo contrario.

1 2 3 4

7.- En esta profesión es mejor no implicarse demasiado con nada ni con nadie.

1 2 3 4

8.- Estoy emocionalmente agotado.

1 2 3 4

9.- Esperaba recibir un rápido reconocimiento profesional y social por la labor desempeñada pero no ha sido así.

1 2 3 4

10.- Creo que cada vez soy más frío en mi profesión.

1 2 3 4

11.- me siento acabado cuando llego a casa la final de la jornada.

1 2 3 4

12.-Deseaba un mayor impacto en la sociedad de mi trabajo como médico y no es así.

1 2 3 4

Escala de consecuentes :

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *cómo le afecta su trabajo* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

1.- Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión.

1 2 3 4

2.- En ocasiones tengo molestias psicósomáticas por mi trabajo

1 2 3 4

3.- Prefiero trabajar solo que en equipo en este trabajo

1 2 3 4

4.- Frecuentemente estoy hipersensible a la crítica

1 2 3 4

5.- He tenido deseos de abandonar la profesión

1 2 3 4

6.- El trabajo tiene consecuencias físicas sobre mi salud

1 2 3 4

7.- Cada vez me resultan más difíciles las relaciones sociales en mi trabajo.

1 2 3 4

8.- Mi trabajo me vuelve irritable con la familia

1 2 3 4

9.- Últimamente los problemas en mi trabajo se reflejan en mi salud.

1 2 3 4

10.-En ocasiones pierdo la confianza en mi mismo/a

1 2 3 4

11.- Algunas veces tengo ganas de abandonar la profesión

1 2 3 4

12.- He tenido alteraciones del sueño en los últimos meses

1 2 3 4

13.- Me noto preocupado/a incluso obsesionado/a por temas laborales.

1 2 3 4

14.-Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios

1 2 3 4

15.- Prefiero arreglármelas yo solo/a para realizar el trabajo diario

1 2 3 4

16.- Evito en lo posible el trato personal con los compañeros de trabajo

1 2 3 4

Escala de recursos personales positivos :

A continuación encontrará una serie de cuestiones relacionadas con *su forma habitual de ser* las que podrá estar de acuerdo o no. Por favor, indique lo que piensa en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa su opinión según la siguiente escala de respuesta:

1= totalmente en desacuerdo

2= en desacuerdo

3= de acuerdo

4= totalmente de acuerdo

Por favor, lea atentamente todas las cuestiones. Asegúrese de contestar todas según lo que piense en este momento.

- 1.- Cuando siento las cosas los demás lo perciben sin dificultad
1 2 3 4
- 2.- Mis emociones son parte de mi mundo interior y no se pueden explicar con palabras
1 2 3 4
- 3.- Creo que mi vida en el futuro probablemente está bastante definida y clara
1 2 3 4
- 4.- Cuando me siento mal puedo decirlo con palabras
1 2 3 4
- 5.- Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos
1 2 3 4
- 6.- Aunque me sienta mal, soy capaz de controlarlo para que las personas que me rodean no perciban mis sentimientos.
1 2 3 4
- 7.- Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy.
1 2 3 4
- 8.- Cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre clara
1 2 3 4
- 9.- mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.
1 2 3 4
- 10.- Puedo expresar verbalmente mis emociones sin dificultad
1 2 3 4
- 11.- A pesar de sentirme mal puedo llegar a controlar mis expresiones emocionales con los demás
1 2 3 4
- 12.- En raras ocasiones tengo sentimientos/ideas muy confusas
1 2 3 4
- 13.- La gente que me conoce sabe exactamente cómo me siento, no puedo disimular mis emociones
1 2 3 4
- 14.- Los últimos diez años de mi vida han transcurrido de forma coherente y clara
1 2 3 4
- 15.- Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo.
1 2 3 4

16.- Me resulta difícil expresar con palabras cómo me siento

1 2 3 4

UNA HISTORIA PERSONAL

Por favor, escribe en el siguiente espacio una historia/narración en la que relates un encuentro clínico que te haya marcado. Puedes añadir las reflexiones sobre ese encuentro que creas necesarias. No pienses demasiado en cuál episodio elegir. Escribe sobre el primero que recuerdes que haya sido relevante para ti.

Con el fin de mantener la intimidad de los protagonistas, no uses nombres reales ni datos que permitan la identificación de los participantes o del lugar.

Puedes usar cualquier estilo narrativo y darle la extensión que quieras.

Si deseas escribirlo a máquina o en el ordenador, añade las páginas al final. Y, por favor, intenta que la escritura sea legible.

Gracias

ANEXO VII: CUESTIONARIO PARA PACIENTES

Estimado/a paciente, le ruego que conteste con la mayor sinceridad posible cuál es el grado de acuerdo con las siguientes frases en lo que respecta a su médico/a habitual.

INSTRUCCIONES: Cada frase puede puntuarse de 1 a 4, en función de considere que se puede aplicar a su médico/a. Rodee con un círculo el número que más se acerca a su opinión.

1= nada apropiado (no aplica a su médico/a)

2= algo apropiado

3= bastante apropiado

4= muy apropiado (aplica completamente a su médico/a)

Cuando haya contestado todas las preguntas, introduzca la encuesta en el sobre, ciérrelo y entréguelo a la persona que se la dio a usted. Su médico no podrá leer las respuestas.

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Mi médico me ayuda | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Mi médico tiene suficiente tiempo para mí | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Creo en mi médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Mi médico me entiende | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Mi médico se dedica a ayudarme | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Mi médico y yo estamos de acuerdo sobre la naturaleza de mis síntomas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Puedo hablar con mi médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento contento con el tratamiento de mi médico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Siento a mi médico fácilmente accesible | 1 | 2 | 3 | 4 |

ANEXO VIII: TEXTOS ENVIADOS POR LOS PARTICIPANTES Y EVALUADOS.

A continuación, se incluye la transcripción de los textos enviados por los profesionales. En algunos casos, la dificultad de lectura de los manuscritos ha provocado pérdida de algunas palabras.

A1:

Mi relato trata sobre un paciente disgustado porque no mejoraba con el tratamiento pautado.

Tal y como dicen los pacientes: .. estoy igual envíeme urgente al especialista y pídamme las pruebas ... Esto ya implica cierta desconfianza, que dificulta la relación médico-paciente y conllevó a un retraso en la curación, así como a la incomodidad de la paciente y la inquietud que me creó al no resolver rápidamente un cuadro aparentemente banal.

La paciente mejoró con el tratamiento inicial y empeoró al suspenderlo, motivo por el que acude disgustada. Le indico reiniciar tratamiento, que acepta con recelo e insistiendo en ser valorada por especialista y que le solicite pruebas. Para mi sorpresa, esta vez no mejora y, claramente, se agrava la clínica por lo que realizo nueva anamnesis, descubriendo que ha usado remedios caseros, aparentemente inocuos, según ella. Le informo de las posibles causas, entre las que se encuentra los remedios caseros, pero ella no lo cree así y acude posteriormente, reprochándome, alzando la voz, comentando que tuvo que pagar una prueba de laboratorio privada, que, al ser normal, atribuyó su clínica al aumento de dosis de un fármaco que lleva tomando varios meses y que yo no supe identificarlo. En estos momentos la paciente está muy enojada, no atiende a ninguna explicación, no quiere otra medicación y le indico esperar a ver respuesta al suspender dicho fármaco. Al volver el cuadro se agrava aún más, acude con los mismos reproches y peticiones. Cuando logro calmarla negocio pautar tratamiento nuevo y ajustado a la sintomatología actual, y si no remite, la derivaría de forma urgente a especialista, pero sin adelantar pruebas complementarias, porque éstas no aportan datos al cuadro actual. Lo acepta, pero sigue sin entenderlo, a pesar de que remite cuadro.

A2:

Se trata de una paciente en it que acude media hora tarde por múltiples motivos de consulta, el primer motivo trata asuntos administrativos sobre los que tiene dudas que no son de mi competencia pero aun así requiere dedicarle tiempo y cuando por fin aclaro posible solución, creo que la he dejado con más dudas, pues se trata de una paciente que desea información completa y precisa sobre cualquier tema o situación médica o legal y cada respuesta lleva a otra pregunta. Me comenta un segundo motivo de consulta que requiere exploración física y tras este, valorar, y pautar tratamiento, me comenta que tiene varios motivos más. Entonces le indico dejar para otro día las demandas que no considere urgentes y me comenta otro que le preocupa pero que no es urgente y al finalizar se va molesta porque le he pedido que acuda otro día por lo demás.

Realmente no sé si es que resulto busca al plantear posponer otras consultas o es que esta paciente en concreto hubiera reaccionado igual, pues siempre acude por múltiples motivos, rara vez logro llegar a un entendimiento, en el sentido en que ella ya se ha diagnosticado y no admite otras posibles causas de su afección, lo que conlleva a que también solicite el tratamiento y/o pruebas complementarias. De ahí que le planteo acudir en diferentes días para otras consultas.

B1:

Un recuerdo

Trabajaba en A. P. en un Centro de Salud urbano con un gran equipo; atendía a una población de características muy diferentes, residentes, extranjeros, unos exigentes, otros pacientes, otros colaboradores. El tiempo de consulta era amplio respecto al actual, trabajábamos por bloques, con 10 minutos para demanda y 3 minutos para partes y repeticiones, pero aun así era corto en algunos casos, como en el que voy a comentar.

Hacía poco que había cambiado de actividad médica, casi retomando la A.P. después de un largo tiempo fuera de ella. Una mañana conocí a Javier, un chico estresado y que acudía preocupado por su salud. Trabajaba con horario nocturno y necesitaba estar activo para poder atender a la exigencia laboral. Fumaba, bebía y consumía cocaína. Estaba metido en un círculo que le impedía salir de él, hasta que un día su cuerpo dimitió, su corazón quiso tener un respiro y se paró. Tras una larga lucha, en la Unidad de Cuidados Intensivos, entre la vida y la muerte, salió victorioso. Se sentía confuso, inseguro, temeroso, pero a la vez contento de estar aún vivo. Acudía a consulta casi semanalmente, a la cita de su baja laboral y a recibir apoyo profesional y según comentaba, necesitaba intercambiar al menos unas palabras con nosotros.

Esto le ayudaba. Todo iba sobre ruedas, poco a poco, con paso lento pero seguro.

Aunque el tiempo de consulta era limitado, muchas veces se alargaba, en detrimento del siguiente paciente pero con respeto a su espera y buen estar. Ya estaba próxima su alta y de repente, una mañana Javier llegó cansado, decaído, con tos y dolor torácico y de nuevo comenzó un calvario de pruebas y consultas; idas y venidas al hospital y una mala noticia. Sólo quedaba una esperanza, que la cirugía y el tratamiento médico fueran posibles y pudiesen darle el tiempo necesario para ver crecer a sus hijos.

Ahí comenzó de nuevo la asistencia frecuente a consulta, unas veces con fuerza, otras con ganas, otras obligadas, pero él quería luchar, acudir para charlar, reforzar su enorme fuerza interior. Nunca podremos olvidar una frase: Gracias por escuchar, por su paciencia.

No sé si sirvió de algo haberle "robado" unos minutos al siguiente paciente. No pudimos vencer la muerte, pero conseguimos dar un poco de luz a los días que vivió, e incluso algunos de ellos, una sonrisa en su cara.

B2:

UNA REFLEXIÓN

Trabajábamos en una zona rural, un periférico. El consultorio era familiar, una salita de espera con algunos asientos, una mesa y una silla donde la administrativa, aparte de sus gestiones laborales, dialogaba con los pacientes. Se respiraba un buen ambiente. Había dos consultas médicas y dos de enfermería, una de ellas separada de la sala de espera por un biombo.

Una mañana de invierno, entró Doña Luisa, cerró su paraguas y se sentó junto a otros vecinos que esperaban entrar a consulta. De repente, tras la salida de un paciente, Juana la administrativa entró en la consulta. No podía contener la risa. No daba crédito a lo que oía en la sala de espera:

Doña Luisa: Buenos días, ¿qué talle va con la doctora Don Juan?

Don Juan: Bien, parece buena persona. Ella me dice de caminar todos los días un ratito pero lo que no sabe es que es muy difícil caminar en pendientes, y como no tengo quien me lleve a un lugar llano, pues no puedo hacerlo. Y sé que me iría muy bien para la circulación.

Doña Luisa: Pues a mí me gusta mucho. La enfermera y ella se preocupan por mí. Últimamente tengo el azúcar bien controlado pero el estreñimiento va fatal.

La doctora me ha dicho que coma la fruta con piel y que camine un poco. Caminar lo hago todos los días alrededor de casa. En cuanto a comer la fruta con piel lo llevo bien con algunas, pero la naranja y el plátano no las paso, aunque lo he intentado de todas las maneras.

Al escuchar lo que comentaba Juana nos reímos. Era curioso la disponibilidad de los pacientes para seguir al pie de la letra los consejos que les dábamos, incluso aunque pareciesen descabellados bajo su punto de vista.

Todo esto nos hizo reflexionar sobre lo importante que era comprobar cómo entienden los pacientes la información que les damos. Lo importante que es conocer el nivel cultural y el medio donde residen. Lo importante que es adaptar las recomendaciones y la información a cada persona.

Fue una etapa muy gratificante. Formábamos un buen equipo, trabajábamos juntos y en sintonía, y aprendimos mucho de los pacientes y de los miembros del equipo.

C1:

CUERNO UNGUEAL

Presentamos el caso de un varón de 46 años, con antecedentes personales de EPOC y depresión, jácude a nuestra consulta por que se nota una deformidad de región unguea! del tercer dedo de la mano derecha, que lo relaciona con traumatismo producido hace 10 años, presentando desde hace unos meses dolor y parestesias. Exploración física: observamos un aumento de volumen de uña del 3Q dedo, que la deforma, dolor a la palpación, sin signos de infección.

Se pauta tratamiento sintomático y se realiza interconsulta a cirugía la cual es denegada, por no ser competencia de ellos, derivando a dermatología por patología ungueal. Dermatología también le dice que no es competencia de ellos dándole alta y remitiéndolo nuevamente a nuestra consulta.

Tras 4 meses, el dolor y las parestesias han empeorado por lo que acude a traumatólogo privado quien lo diagnostica de Cuerno ungueal en el 3Q dedo de la mano derecha, realizándose exéresis y reconstrucción del lecho ungueal. Se inmoviliza y se indican curas a diario y tratamiento: claritromicina 500 mg y blastoestimulina.

Al terminar el antibiótico durante 14 días, precisa nuevo ciclo de antibioterapia por persistencia de granuloma, precisando limpieza quirúrgica y coagulación del granuloma con nitrato de plata. A las 3 semanas de curas diarias y tratamiento se retira vendaje. A la exploración de zona lateral interna de lecho ungueal, observamos discreta inflamación dolorosa a la palpación, con eritema localizado, uña en crecimiento. Tras dos meses de la primera intervención y precisando en dos ocasiones lavados quirúrgicos es dado de alta, con buen aspecto de la herida quirúrgica y crecimiento parcial de la uña.

Conclusión:

Los tumores ungueales son causa frecuente de distrofia de la uña, especialmente los que crecen bajo la lámina ungueal. Aunque los más frecuentes son los carcinomas in situ o enfermedad de Bowen, también pueden observarse queratoacantomas, porocarcinomas y otros tumores benignos.

Se manifiestan por un engrosamiento y decoloraciones amarillentas longitudinales de la uña. Puede acompañarse de hemorragia en astilla en la porción proximal de la uña.

Los onicomatricos o cuernos ungueales, son tumores benignos inusuales, que se originan a partir de la matriz ungueal y del estroma que la rodea.

La excisión completa es el tratamiento de elección, hasta ahora no se han comunicado recurrencias ni comportamiento agresivo.

En éste caso llama la atención, que es una patología muy poco frecuente y el tiempo transcurrido entre la causa probable y la aparición de la enfermedad.

Desde nuestra consulta de Atención Primaria debemos estar atentos a éste tipo de patología infrecuente, ya que es importante el diagnóstico precoz de dicha patología.

C2:

DESCRIPCIÓN DEL CAS'O :

Se trata de un varón de 55 años de edad, con Antecedentes Personales de, dislipemia, sobre peso y exfumador de hace más de 10 años, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por dolor fijo en hemiabdomen derecho de 24 horas de evolución, que aumenta con los movimientos, mal estar general, anorexia y una deposición escasa.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

TA: 110/75, F.C.:70 LPM, GLUCEMIA: 103MG/DL, Tª: 37°C, ABDOMEN: defensa abdominal en hemiabdomen derecho y peritonismo. El resto de la exploración es anodina. Ante éstos hallazgos se deriva al Hospital, donde le realizan analítica, destacando una leucocitosis de 12.800 (pmn 78%), en la RX de abdomen se observa hepatomegalia, Ecografía abdominal informada como: alteración de grasa pericolónica y engrosamiento de paredes de colon derecho, presencia de aire extraintestinal indicando microperforación con apéndice normal. Se amplía estudio mediante TAC abdominal con resultados de: diverticulitis de colon derecho proximal con microperforación contenida. Se decide ingreso para hidratación, reposo intestinal, antibioterapia y antiinflamatorios durante 6 días, siendo ésta la base clásica del

tratamiento, no precisando tratamiento quirúrgico, debido a la inmediata derivación al Hospital, desde nuestra consulta. Tras ello se da el alta a su domicilio donde deberá continuar con antibióticos: ciprofloxacino 500mg 1/12h y metronidazol 250 mg 1/8h durante 7 días, dieta rica en fibras y control por su médico de familia.

JUICIO DIAGNÓSTICO:

A éste paciente se le diagnosticó de, Diverticulitis aguda de colon derecho, clasificación de Hinchey 1-B.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Ante éstos hallazgos debemos hacer diagnóstico diferencial con:

- *Apendicitis*
- *Carcinoma de colon derecho*
- *Colitis ulcerosa*
- *Ileocolitis infecciosa*
- *Enfermedad de Crohn*
- *Colitis isquémica*
- *Enfermedad pélvica inflamatoria*
- *Pielonefritis aguda*
- *Obstrucción del tracto urinario*

COMENTARIO FINAL:

La Diverticulitis de colon derecho es una enfermedad poco frecuente en países occidentales, a diferencia de los orientales. Caracterizada por la presencia de un divertículo único verdadero, al contrario que en la diverticulitis izquierda, donde suelen existir múltiples pseudodivertículos. La primera aparece de forma congénita no relacionándose con la edad al contrario de la izquierda, mas frecuente a mayor edad.

La clínica es difícil de diferenciar de una apendicitis aguda. La cusa de la enfermedad diverticular del colon no ha sido establecida en forma concluyente, los estudios epidemiológicos han demostrado su asociación con la dieta escasa en fibras y un contenido elevado de hidratos de carbono. La escasa ingesta de fibra, altera la velocidad del tránsito gastrointestinal, estos factores pueden aumentar la presión intracolónica y alterar el contenido colónico. Otros factores que se han asociado son:

sedentarismo, constipación, obesidad, tabaquismo y tratamientos con antiinflamatorios. Destacar que nuestro paciente tenía sobre peso, no comía ni frutas ni verduras y no realizaba ejercicio, después de ésta enfermedad y tras nuestra insistencia en hábitos dietéticos y ejercicio, el paciente ha establecido una dieta rica en fibras, frutas y verduras, además de realizar ejercicio a diario.

Desde Atención Primaria, es importante la anamnesis y la exploración física para descartar patologías agudas poco frecuentes, valorando nuestra labor y sabiendo cuando derivar lo antes posible a nuestros pacientes al Hospital, para evitar situaciones de riesgo, como ocurrió con nuestro paciente que no precisó intervención quirúrgica, debido a la rapidez en la derivación, la cual realizamos tras los hallazgos encontrados en nuestra primera valoración.

D1:

Paciente que acude con cita para ver una radiografía de tórax solicitada por un cuadro de tos persistente acompañado de dolor torácico valorado previamente como mecánico y por 3 médicos distintos (yo fui quien le pidió la radiografía pero coincidí con la valoración de los compañeros que era un cuadro banal, y solicité la radiografía por persistencia de la mujer). Hay que destacar que a la madre de la mujer hubo un diagnóstico erróneo cuando solicitó una valoración urgente a su domicilio por debilidad y se le hizo una interconsulta a neurología, dando cita al día siguiente, siendo el diagnóstico del neurólogo que estaba en fase agónica. Yo acudí al domicilio con residente que estaba haciendo rotación rural y a ninguno de los dos nos hizo sospechar que estaba en el final de sus días de vida, cosa que ocurrió.

En la radiografía había un derrame pleural masivo sin desplazamiento de línea media siendo su diagnóstico probable de masa pulmonar. El paciente se encontraba oligosintomático, únicamente tos seca persistente pero que no le interfería en la actividad diaria (seguía trabajando) y el dolor en costado izquierdo. Lo primero que hice tras ver la radiografía es explorarlo y darme cuenta que hipoventilaba el pulmón izquierdo, coincidente con el derrame pleural. Estuve sin saber qué hacer varios minutos. Su mujer presionando que le dijera

que sospechaba, teniendo en cuenta que con su madre no había acertado. El paciente diciendo que era una exagerada, que él se encontraba bien; y yo con la duda de remitirlo a urgencias hospitalarias siendo un viernes por la tarde o hacer la interconsulta virtual al neumólogo esperando que respondiera el lunes siguiente.

Al final, pensando en cómo funciona las urgencias y que 3 días no eran mucho, ya que el paciente ya había esperado 3 meses, decidí no mandarle a urgencias hospitalarias y sí hacerle la interconsulta virtual al neumólogo, que afortunadamente respondió ese lunes, coincidiendo con mi sospecha y realizando ambulatoriamente todo el estudio inicial, que lamentablemente confirmó un diagnóstico que fue fatal a los pocos meses, con algún desafortunado encuentro con la burocracia hospitalaria.

He elegido esta entrevista, porque me ha dado cuenta en lo importante que es la exploración y que los pacientes se sientan escuchados. Hay que oír lo que nos dicen por la boca pero también lo que oímos con el fonendoscopio.

D2:

El otro día me di cuenta de la utilidad de los cursos de entrevista clínica. Llegó una chica adolescente fuera de hora alas 19:25h estando en la consulta bastante retrasado (como siempre). Cuando entra, me comenta un problema banal. Entonces cojo aire, no me enojo y le pregunto cual es el motivo por el que no puede esperar a una cita concertada. Me comenta que le preguntó a la administrativa que se encontraba mal y por eso le dieron cita, pensando que así se le atendía habitualmente. Le explico cómo funcionan los fuera de hora y le cito al día siguiente para completar su historia, comentar Ella un problema de estrés por los estudios

E1:

Quiero destacar la historia de una paciente de 73 años, con diagnóstico de poliartralgias, dolor lumbar persistente, con un hijo de 30 años con importante minusvalía psíquica y física. Su marido no colabora en la atención de su hijo, según refiere la paciente, ya que apenas está en casa, se la pasa todo el día en el bar. Las hermanas y hermanos de la paciente, viven muy cerca y no le ayudan.

La mujer, mi paciente, no sabe leer ni escribir, es todo un ejemplo de una SUPERMADRE y de una PÉSIMA FAMILIA, incluyendo el padre y los hermanos de la paciente.

E2:

Una historia personal:

Me marcó mucho la historia de una paciente mía, que por desgracia, perdió a su marido por enfermedad terminal y a la semana se cayó y presentó fractura de tobillo. La paciente es peninsular, de 72 años de edad y sin familia en Tenerife. Procedí a ponerme en contacto con el trabajador social y amistades

mías para poder ayudar a mi paciente. Todo acabó en que la paciente decidió ir a vivir con una sobrina que hacía tiempo que no veía y que vive en Madrid. Me impliqué todo lo que pude para ayudar a dicha paciente. Me llamó la atención los pocos recursos humanos que disponemos para situaciones como esta.

F1:

A lo largo de mis años trabajados en la consulta de AP, he tenido muchos encuentros relevantes con pacientes, pero muchas veces olvido muchos detalles. Es por eso que ahora el encuentro que últimamente recuerdo con más detalles es uno que hace apenas 1 mes, tuve con un paciente obeso, fumador e hipertenso que no había estado tomando el tratamiento y no seguía controles, también me comentaba que había cambiado de domicilio, por lo que probablemente se cambiaría de cupo, pero antes quería hacerse un chequeo general. Después de charlar un rato de los hábitos y el tabaco, le pedí una analítica, pero pensando en que a lo mejor se la hacía en otro centro, pero cuál fue mi sorpresa que volvió a ver la analítica con 10kg menos y sin fumar. Como médico de atención primaria, me satisface mucho ver ese cambio de actitud tan positivo en tan poco tiempo, ya que para mí, la prevención es tan importante como el diagnosticar y tratar.

F2:

Por desgracia, muchas veces los acontecimientos no deseados son los que nos hacen reflexionar y tomarnos en serio algo que ya sabíamos que podía pasar. Cuando nos sentimos sanos hacemos cosas que perjudican seriamente nuestra salud y no pensamos en las consecuencias y a veces aun estando enfermos y conociendo los riesgos no asumimos nuestras responsabilidades. Conocí en la consulta a un paciente de 39 años que hacía 5 años le habían diagnosticado Diabetes Mellitus pero no controlaba ni su dieta ni su tratamiento con medicación oral, tenía 2 hijos, separado, vivía con su madre, trabajaba de fontanero, un trabajo duro, que requiere esfuerzos y hacía largas jornadas porque según él tenía que pagar muchas deudas y mantener a sus hijos, sus problemas económicos le tenía abrumado a pesar de que según el ganaba mucho dinero, tenía un buen coche y habitualmente consumía hachís para relajarse, fumaba más de dos cajetillas de tabaco al día. La primera vez que le vi me preocupé mucho al ver que no tenía asumido su enfermedad, al ver que tenía una Glicosilada en 13 le pauté insulina inmediatamente y le comenté que era necesario que llevara controles para saber si precisaba algún ajuste en el tratamiento, le di una cita para control y no volvió más, pasaron los meses y volvió porque le dolía mucho las piernas, le derivé a Neurología porque sospechaba una polineuropatía diabética y a Cirugía pues podría estar asociado a un problema vascular asociado al alto consumo de tabaco. Pasó el tiempo y volvía esporádicamente para recetas hasta hace pocos meses que ya estaba decidido a tomarse en serio su enfermedad. Me contó que después de fallecer su padre se quedó hundido, no tenía interés por nada, sabía que por su enfermedad tenía que llevar una vida más organizada, pero era incapaz de hacerlo. Le pedí las analíticas y quedamos en vemos otra vez, aunque fuera sin hora para ver los resultados, pero no

volvió. Fue un día que vino un compañero del trabajo para traerme un informe del Hospital, estaba ingresado por un Tromboembolismo pulmonar muy grave que casi le cuesta la vida, revisé en la historia y había venido por un desvanecimiento varios días antes en el trabajo. Por suerte para él la evolución ha sido buena, le han dado el alta y ya lo ha visto el Hematólogo para control del Sintrom. Esta vez viene a la consulta con su hijo y me dice que de lo malo ha sacado algo bueno, que lo primero que ha hecho al salir del Hospital es abrir la caja fuerte e irse a comer con su familia. Parece que esta vez ha aprendido la lección, espero seguirle viendo en consulta, que aprenda a quererse más y cuidarse, valore más lo que tiene y que pronto recupere su rutina, que ya no sea igual que antes.

G1:

Se trata de un paciente varón de 56 años con aparente buen nivel cultural, que a pesar de haber tenido problemas de salud relevantes (infarto agudo al miocardio, insuficiencia renal, etc.), no realiza un buen cumplimiento de la terapéutica, simplemente porque en ocasiones no le viene bien tomarse la medicación.

G2:

Juan es un varón de 86 años, además de sus "achagues" propios de su edad, es una persona que goza de un gran estado de salud, por el cual está siempre preocupado y convencido de que debe cuidarse para seguir gozando de él. Pero en los últimos años, en cada verano acude a consulta porque tras las vacaciones estivales con la familia, viene bajito de ánimo y con muchas sensaciones de intranquilidad, desasosiego, preocupación y esta mañana le digo: "Juan, voy a tener que contraindicarle sus vacaciones en familia". Juan se ríe, se desahoga y se marcha diciendo "ve doctora, es que usted es mi tabla de salvación".

H1:

Realmente me costaría seleccionar un solo episodio clínico de mi carrera profesional, como el más destacado.

Todos y cada uno de ellos, de mi interacción con los pacientes y familiares, desde los más sencillos a los que resultaron más difíciles, han supuesto un aprendizaje continuo y han conformado mi perfil personal tanto en el ámbito profesional como en el personal.

Lo que no significa que ahora sea mejor ni peor que cuando comencé, lo que sí sé es que mi percepción de la enfermedad, la forma de comunicarme, el nivel de implicación con cada paciente-caso, ha sufrido una evolución continua que me gustaría pensar ha mejorado mi capacidad de aliviar y entender, y ... que en la fórmula de ... calidad profesional= Calidad de vida (que se me ocurre) = (C + E) x A C ... Conocimientos E Experiencia A. Actitud

... No sólo haya mejorado en C y en E, indispensables para desarrollar cualquier actividad profesional, sino en Actitud, pues considero es una pieza in-

dispensable para continuar con buen ánimo, paciencia, eficiencia e ilusión, en una actividad compleja de relaciones humanas como la nuestra, que es una carrera de fondo Comprendiendo algo mejor, después de algo más de un cuarto de siglo en el empeño ... el aforismo que dice: :..... No hay Enfermedades sino Enfermos.

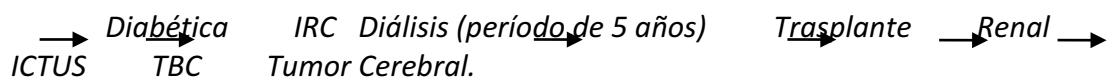
Dicho todo esto que tiene un cierto tufo empalagoso, pero es así como lo siento, también es de recibo comentar que aunque es lo deseable, que no siempre se consigue pues en esta carrera de fondo, hay que hacer un esfuerzo personal continuo para no desfallecer, ante las múltiples contrariedades que te vas encontrando, de todo tipo, laborales, con los pacientes, con la burocracia, con nuestra propia vida personal, Y aunque con ilusión y pasión, en múltiples ocasiones sientes que vas a desfallecer.

El mérito no es no caer de rodillas (desanimar, desmotivar, el mérito es volverse a levantar (animar, mantener la Actitud) ...

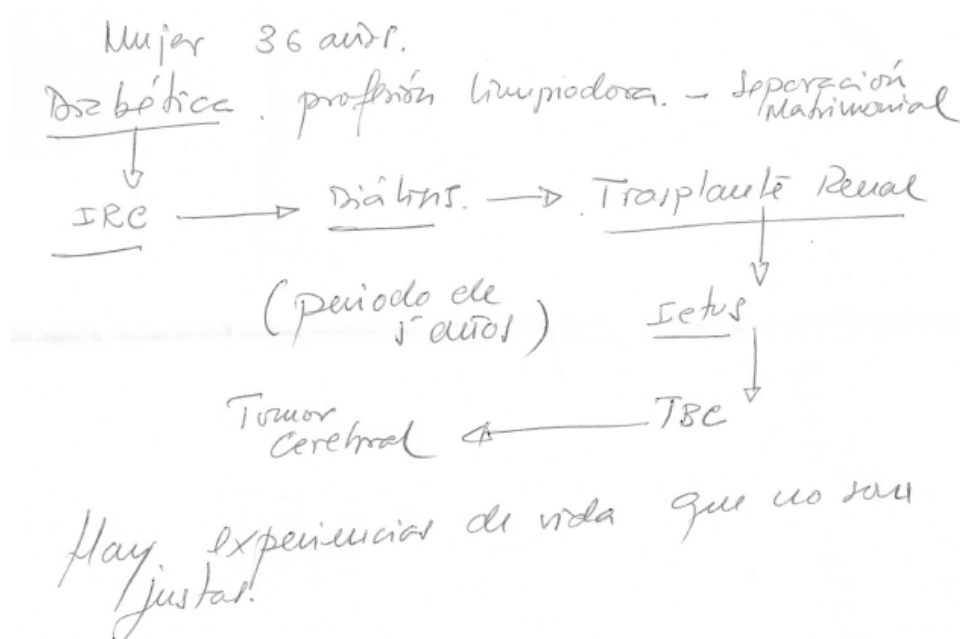
H2^{uuuu}:

Mujer 36 años.

Profesión: limpiadora – Separación Matrimonial



Hay experiencias de vida que no son justas.



I1:

^{uuuu} En este caso se ha optado por poner también imagen del texto manuscrito, por su impacto visual.

En una ocasión atendí a una paciente que se reconocía como alcohólica y venía solicitándome analíticas y con deseos temerosos de pedir ayuda. Como es protocolo, remití a la paciente al CAD del sur de la isla, para dejar el alcohol y así ayudar a la paciente con tratamientos que ella requería. Hasta aquí parecía una paciente más de lo que pensaba yo que no acudiría al CAD y que tampoco apareciera más por mi consulta.

Al poco tiempo apareció y tremendamente agradecida de que la hubiera mandado al CAD dada la buena recuperación que presentaba y bien y “guapa” que se sentía.

Cada vez que viene me lo recuerda, de lo buena que he sido mandándola allí y lo agradecida que está para conmigo. Cosas así no suceden todos los días, lo poco que hice y lo mucho que la ayudé

I2:

Paciente de otro cupo que he visto otra vez después de casi 4 años y que fue mi primer paciente en esta consulta y cupo. Se acordaba de mí y, por supuesto, yo de él, por la gravedad de su patología. Se acordaba de mí, porque según él, siendo de otro cupo prefería venir a este centro por lo bien que lo trataban. Tuvo palabras más que amables para mí y para la gente de mi centro.

J1:

Una despedida que no percibió:

La noticia me la dio el hermano, su hermana se había tirado desde la ventana del 5º piso a la calle y falleció en el acto. Prácticamente porque los servicios sanitarios de urgencia poco pudieron hacer para salvarla. Dos días antes, había acudido a la consulta para decirme que su padre, que tenía una cita programada para ese día, no acudiría por estar ingresado por haber empeorado mucho y tener una situación clínica muy grave, de la cual no estaba claro que saliese bien. Parecía tranquila, aunque preocupada por su padre y la gravedad de la situación, había venido varias veces a recoger recetas de sus padres, enfermos crónicos con muchas (...) y también de forma (...), una cita para ella misma, padecía de esquizofrenia, portándola desde los dieciocho años, acudía a sus controles regulares en la unidad de salud mental.

Su padre sobrevivió al proceso grave por el que se ingresó y acudió a consulta de revisión, comentamos todos los hechos acontecidos, en torno al fallecimiento de su hija, esperado por él en otras ocasiones, sorpresa total para mí, no lo hubiera esperado, me confirmó que desde los 18 años y tras de desengaño amoroso, su hija tuvo un brote psicótico y desde entonces, tratamiento para esquizofrenia. La familia tras el fallecimiento se percató que llevaba meses que no tomaba correctamente la medicación y probablemente por el estrés del ingreso del padre, sufrió una crisis y terminó...

En ningún momento pensé en que se podía suicidar, fue un momento de sorpresa, no de fracaso, pero ¿por qué no me di cuenta?, no vi nada que me hiciera pensar en lo que iba a pasar, pena y tristeza porque perdía a una joven

paciente que además cuidaba de sus padres. Ahora miro mejor para ver más allá de lo que veo.

J2:

El paciente acudió a consulta a traer el informe del especialista del hospital. El diagnóstico estaba claro cáncer de vesícula biliar infiltrante sin tratamiento curativo por lo que lo habían mandado a cuidados paliativos para que lo siguieran hasta que llegara el día que...

De la consulta del especialista directamente a cuidados paliativos sin otra alternativa.

Los meses siguientes transcurrieron con normalidad tras la primera consulta en la Unidad de Cuidados paliativos.

Seis meses después de seguimiento el paciente le preguntó al médico de cuidados paliativos: Doctor, ¿por qué sigo viniendo aquí si yo no me noto nada y me encuentro bien?

“El especialista de digestivo lo mandó aquí porque tiene usted una enfermedad sin tratamiento curativo y nosotros le ayudamos en el control de sus molestias”, contestó el médico.

“Pero doctor, insisto, yo me siento bien. ¿De verdad, estoy tan mal?” preguntó nuevamente el paciente.

“Bueno, según el informe que tenemos sí...pero vamos a consultar nuevamente con el especialista y ya veremos”.

Tras la nueva consulta con el especialista y nuevas pruebas complementarias, el diagnóstico final estaba claro: “usted no tiene nada, ... y probablemente el estudio inicial estaba mal”.

El paciente, ya no paciente, acude nuevamente a su médico de familia.

- “Doctor, vengo a contarle que ya no voy a la unidad de ciudad paliativos. Estoy bien, sin nada de ningún tumor”. “¿Qué habría pasado de ser otra persona a la que le hubiera pasado todo esto?”

-No lo sé, pero me alegra que esté bien y que usted sea tan coherente y tan seguro en su persona. Otro hubiera claudicado”.

ANEXO IX: TABLAS

Tabla 6. Características sociodemográficas de la muestra

Variable	Total	
<i>n</i>	19	
EDAD (mediana [IQR])	52,00 [40,00; 55,50]	
SEXO (%)	F	11 (57,9)
	M	8 (42,1)
TIPO DE CENTRO DE SALUD (%)	MIXTO	7 (36,8)
	RURAL	6 (31,6)
	URBANO	6 (31,6)
TITULACIÓN (%)	LICENCIADO/GRADUADO MEDICINA	4 (21,1)
	MFYC NO MIR	5 (26,3)
	MFYC VIA MIR	10 (52,6)
TUTOR (%)	NO	11 (57,9)
	SI	8 (42,1)
FORMACIÓN PREVIA EN ENTREVISTA CLÍNICA (%)	NO	6 (31,6)
	SI	13 (68,4)
AUTOVALORACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN (%)	ACEPTABLES	12 (63,2)
	EXCELENTES	3 (15,8)
	REGULARES	4 (21,1)
	DEFICIENTES	0(0)
	SIN HABILIDADES	0(0)
AÑOS DE EXPERIENCIA EN EAP (mediana [IQR])	10,00 [8,00; 18,00]	
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL (mediana [IQR])	23,00 [12,25; 27,00]	
TIEMPO CON MISMO CUPO DE PACIENTES (AÑOS) (mediana [IQR])	7,00 [5,00; 9,00]	
CURSO ASIGNADO	ENTREVISTA CLINICA	7 (36,8)
	MN-ESCRITURA REFLEXIVA	6 (31,6)
	MN-LITERATURA Y MEDICINA	6 (31,6)
¿DEVUELVE LE CUESTIONARIO FINAL? (%)	NO	7 (36,8)
	SI	12 (63,2)
¿TERMINA EL CURSO? (%)	NO	5 (41,7)
	SI	7 (58,3)

Tabla 7. Características sociodemográficas y valores iniciales por curso asignado

Variable		CURSO ASIGNADO			p-valor
		ENTREVISTA CLINICA	MN-ESCRITURA	MN-LITERATURA Y	
n		7	6	6	
EDAD (mediana [IQR])		52,00 [39,50; 54,00]	50,50 [41,50; 50,50]	49,50 [44,00; 55,00]	0,878
SEXO (%)	F	4 (57,1)	3 (50,0)	4 (66,7)	0,842
	M	3 (42,9)	3 (50,0)	2 (33,3)	
TITULACIÓN (%)	LICENCIADO/GRADUADO MEDICINA	1 (14,3)	3 (50,0)	0 (0,0)	0,307
	MFYC NO MIR	2 (28,6)	1 (16,7)	2 (33,3)	
	MFYC VIA MIR	4 (57,1)	2 (33,3)	4 (66,7)	
TUTOR (%)	NO	4 (57,1)	5 (83,3)	2 (33,3)	0,214
	SI	3 (42,9)	1 (16,7)	4 (66,7)	
TIPO DE CENTRO DE SALUD (%)	MIXTO	3 (42,9)	2 (33,3)	2 (33,3)	0,711
	RURAL	3 (42,9)	1 (16,7)	2 (33,3)	
	URBANO	1 (14,3)	3 (50,0)	2 (33,3)	
FORMACIÓN PREVIA EN ENTREVISTA CLÍNICA (%)	NO	2 (28,6)	2 (33,3)	2 (33,3)	0,977
	SI	5 (71,4)	4 (66,7)	4 (66,7)	
AUTOVALORACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN (%)	ACEPTABLES	3 (42,9)	4 (66,7)	5 (83,3)	0,438
	EXCELENTES	1 (14,3)	1 (16,7)	1 (16,7)	
	REGULARES	3 (42,9)	1 (16,7)	0 (0,0)	
	DEFICIENTES	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	SIN HABILIDADES	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
AÑOS DE EXPERIENCIA EN EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA (mediana [IQR])		9,00 [7,50; 12,50]	12,50 [7,75; 22,50]	13,00 [9,25; 22,75]	0,43
AÑOS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL (mediana [IQR])		23,00 [13,25; 25,50]	19,00 [10,75; 27,50]	23,00 [14,75; 27,50]	0,973
TIEMPO CON EL MISMO CUPO DE PACIENTES (AÑOS) (mediana [IQR])		6,00 [5,00; 7,50]	8,00 [7,00; 10,50]	6,00 [4,50; 8,25]	0,323
EMPATIA (mediana [IQR])	TOTAL	112,00 [105,50; 112,00]	111,00 [109,00; 111,00]	115,00 [109,50; 115,00]	0,283
	FACTOR 1 (mediana [IQR])	57,00 [55,50; 60,00]	62,50 [61,00; 62,50]	61,50 [60,25; 65,00]	0,103
	FACTOR 2 (mediana [IQR])	37,00 [35,00; 37,50]	33,50 [30,50; 33,50]	37,00 [36,25; 37,00]	0,433
	FACTOR 3 (mediana [IQR])	15,00 [13,00; 15,50]	15,00 [15,00; 15,00]	16,50 [13,75; 17,75]	0,65
DPM (mediana [IQR])	TOTAL	2,33 [2,20; 2,40]	2,48 [2,35; 2,51]	2,38 [2,16; 2,49]	0,541
	ANTECEDENTES (mediana [IQR])	2,78 [2,46; 2,85]	3,02 [2,88; 3,20]	2,61 [2,30; 3,01]	0,562
	CONSECUTENTES (mediana [IQR])	2,00 [1,53; 2,16]	1,97 [1,84; 2,28]	2,03 [1,58; 2,44]	0,838

	RECURSOS POSITIVOS (mediana [IQR])	2,69 [2,56; 2,88]	2,72 [2,69; 2,94]	2,59 [2,52; 2,77]	0,598
	SINDROME (mediana [IQR])	1,92 [1,79.;2,00]	1,92 [1,71,; 2,31]	2,08 [1,58; 2,27]	0,723
EMPATIA EN CATE- GORÍAS (%)	EMPATIA ALTA	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (33,3)	0,134
	EMPATIA MEDIA	5 (71,4)	6 (100,0)	3 (50,0)	
	EMPATIA BAJA	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (16,7)	
DPM EN CATEGORIAS (%)	DESGASTE ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,591
	DESGASTE BAJO	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	
	DESGASTE MEDIO	6 (85,7)	6 (100,0)	5 (83,3)	
CREM (mediana [IQR])		3,81 [3,61; 3,84]	3,86 [3,68; 4,00]	3,62 [3,52; 3,81]	0,282
¿DEVUELVE EL CUES- TIONARIO FINAL? (%)	NO	2 (28,6)	4 (66,7)	1 (16,7)	0,17
	SI	5 (71,4)	2 (33,3)	5 (83,3)	
¿TERMINA EL CURSO? (%)	NO	1 (20,0)	1 (50,0)	3 (60,0)	0,424
	SI	4 (80,0)	1 (50,0)	2 (40,0)	

Tabla 8. Resultados finales, comparados según curso y por intención de tratar

Variable		CURSO ASIGNADO			pp-valor
		ENTREVISTA CLÍNICA	MN-ESCRITURA REFLEXIVA	MN-LITERATURA Y MEDICINA	
n		7	6	6	
Empatía					
Total		110,50 [108,0; 118,0]	102,00 [102,0; 102,0]	115,00 [111,0; 119,0]	0,15
Factor 1		67,00 [60,00; 69,00]	52,00 [49,50; 54,50]	62,00 [61,00; 63,00]	0,093*
Factor 2		37,00 [35,00; 38,00]	36,50 [35,75; 37,25]	36,00 [33,00; 36,00]	0,67
Factor 3		11,00 [11,00; 11,00]	16,00 [15,50; 16,50]	15,00 [14,00; 19,00]	0,16
DPM					
Total		2,40 [1,85; 2,56]	2,36 [2,36; 2,36]	2,12 [1,86; 2,38]	0,92
ANTECEDENTES	Total	2,67 [2,26; 2,96]	2,61 [2,61; 2,61]	2,35 [2,13; 2,57]	0,498
	Dimensión 1	2,50 [2,00; 3,00]	1,75 [1,75; 1,75]	2,50 [2,25; 2,75]	0,311
	Dimensión 2	3,25 [2,00; 3,75]	2,75 [2,75; 2,75]	2,62 [2,00; 3,25]	0,669
	Dimensión 3	2,17 [1,00; 2,67]	1,67 [1,67; 1,67]	1,50 [1,33; 1,67]	0,541
	Dimensión 4	2,88 [2,50; 3,75]	2,75 [2,75; 2,75]	2,50 [2,25; 2,75]	0,459
	Dimensión 5	2,62 [2,50; 3,25]	3,50 [3,50; 3,50]	2,50 [2,50; 2,50]	0,172
	Dimensión 6	2,50 [2,00; 2,50]	3,00 [3,00; 3,00]	2,25 [2,25; 2,25]	0,204
CONSECUENTES	Total	2,00 [1,19; 2,50]	1,94 [1,94; 1,94]	1,72 [1,12; 2,31]	0,9
	Dimensión 1	1,62 [1,00; 3,00]	2,25 [2,25; 2,25]	1,88 [1,00; 2,75]	0,97
	Dimensión 2	2,38 [1,25; 3,00]	2,25 [2,25; 2,25]	1,75 [1,00; 2,50]	0,6
	Dimensión 3	1,50 [1,00; 2,00]	1,25 [1,25; 1,25]	1,50 [1,25; 1,75]	0,747
	Dimensión 4	2,25 [1,50; 2,50]	2,00 [2,00; 2,00]	1,75 [1,25; 2,25]	0,655
RECURSOS POSITIVOS	Total	2,75 [2,44; 2,88]	2,91 [2,86; 2,95]	2,69 [2,62; 3,00]	0,746
	Dimensión 1	2,75 [2,50; 2,75]	2,50 [2,25; 2,75]	3,00 [2,75; 3,25]	0,461
	Dimensión 2	3,00 [2,75; 3,25]	3,62 [3,56; 3,69]	3,00 [2,75; 3,50]	0,284
	Dimensión 3	2,50 [2,50; 3,00]	2,62 [2,56; 2,69]	2,50 [2,50; 3,00]	0,868
	Dimensión 4	2,50 [2,25; 2,75]	2,88 [2,81; 2,94]	2,25 [2,25; 2,50]	0,323

SINDROME	Total	2,08 [2,00; 2,33]	2,08 [2,08; 2,08]	2,00 [1,25; 2,58]	0,943
	Dimensión 1	2,00 [2,00; 2,75]	2,12 [2,06; 2,19]	2,00 [1,00; 2,75]	0,946
	Dimensión 2	2,00 [2,00; 2,00]	2,00 [2,00; 2,00]	2,00 [1,25; 2,50]	1,000
	Dimensión 3	2,25 [2,00; 2,25]	2,12 [2,06; 2,19]	2,00 [1,75; 2,50]	0,993
CREM_MEDIA		3,78 [3,63; 3,81]	3,65 [3,65; 3,65]	3,58 [3,47; 3,70]	0,4
<i>* las comparaciones dos a dos utilizando el test de la U de Mann-Withney no da diferencias significativas.</i>					

Tabla 9. Diferencia de valor en las variables medidas (final-inicial)

Variable		CURSO ASIGNADO			p-valor
		ENTREVISTA CLÍNICA	MN-ESCRITURA REFLEXIVA	MN-LITERATURA Y MEDICINA	
n		5	2	5	
Empatía					
Total		1,00 [1,00; 3,00]	-5,00 [-5,50; -4,50]	-1,00 [-2,00; 0,00]	0,086*
Factor 1		5,00 [5,00; 6,00]	-5,00 [-5,50; -4,50]	1,00 [-1,00; 2,00]	0,028*
Factor 2		-2,00 [-2,00; 1,00]	2,50 [2,25; 2,75]	-1,00 [-1,00; 0,00]	0,184
Factor 3		-3,00 [-4,00; -2,00]	-2,50 [-3,75; -1,25]	0,00 [0,00; 1,00]	0,066**
DPM					
Total		0,14 [0,10; 0,16]	-0,01 [-0,07; 0,04]	0,04 [-0,06; 0,05]	0,21
ANTECEDENTES	Total	0,17 [0,04; 0,22]	-0,28 [-0,29; -0,27]	-0,09 [-0,26; -0,04]	0,032
	Dimensión 1	0,00 [-0,25; 0,25]	-0,12 [-0,19; -0,06]	0,00 [-0,25; 0,00]	0,872
	Dimensión 2	0,50 [0,00; 0,75]	-0,88 [-0,94; -0,81]	-0,50 [-0,75; -0,25]	0,032
	Dimensión 3	0,00 [0,00; 0,00]	0,17 [-0,08; 0,42]	0,00 [0,00; 0,00]	0,605
	Dimensión 4	0,25 [0,00; 0,25]	-0,25 [-0,38; -0,12]	-0,25 [-0,50; 0,00]	0,113
	Dimensión 5	0,00 [-0,25; 0,50]	0,12 [0,06; 0,19]	0,25 [0,00; 0,50]	0,837
	Dimensión 6	0,00 [0,00; 0,00]	-0,62 [-0,69; -0,56]	0,00 [0,00; 0,25]	0,345
CONSECUENTES	Total	0,19 [0,06; 0,19]	-0,16 [-0,30; -0,02]	0,12 [-0,06; 0,25]	0,472
	Dimensión 1	0,00 [0,00; 0,25]	-0,12 [-0,19; -0,06]	0,00 [0,00; 0,50]	0,385
	Dimensión 2	0,25 [0,25; 0,25]	-0,12 [-0,31; 0,06]	0,00 [-0,25; 0,25]	0,368
	Dimensión 3	0,25 [0,00; 0,25]	-0,25 [-0,50; 0,00]	0,00 [-0,25; 0,25]	0,566
	Dimensión 4	0,25 [0,00; 0,25]	-0,12 [-0,19; -0,06]	0,25 [0,00; 0,25]	0,29
RECURSOS POSITIVOS	Total	0,00 [-0,25; 0,25]	0,22 [0,17; 0,27]	0,06 [0,06; 0,19]	0,551
	Dimensión 1	0,00 [-0,50; 0,00]	0,38 [0,19; 0,56]	-0,25 [-0,25; 0,25]	0,304
	Dimensión 2	0,25 [0,00; 0,25]	0,00 [-0,12; 0,12]	0,00 [-0,25; 0,00]	0,745
	Dimensión 3	0,00 [-0,25; 0,00]	0,25 [0,00; 0,50]	0,25 [0,00; 0,50]	0,874
	Dimensión 4	0,00 [-0,25; 0,25]	0,25 [0,12; 0,38]	0,00 [0,00; 0,25]	0,735
SINDROME	Total	0,08 [0,08; 0,17]	0,17 [0,13; 0,21]	-0,08 [-0,08; 0,50]	0,654
	Dimensión 1	0,25 [0,25; 0,50]	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 0,50]	0,323
	Dimensión 2	0,00 [-0,25; 0,25]	0,50 [0,38; 0,62]	0,00 [-0,25; 0,25]	0,24
	Dimensión 3	0,00 [0,00; 0,25]	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 0,50]	0,771
CREM_MEDIA		-0,02 [-0,10; 0,12]	-0,11 [-0,16; -0,06]	0,11 [-0,03; 0,13]	0,689
* en las comparaciones dos a dos (test de la U de Mann-Withney no se detectan diferencias significativas entre cursos.					
** aparece una diferencia significativa (p=0,08 entre Entrevista Clínica y MN-Literatura y Medicina					