

Pacientes como profesores en la escuela de medicina

Patients as Teachers at Medical School

Ismael Ramírez-Villaseñor*, Vylil Georgina García-Serrano**

*Escuela de Medicina y Salud, Tecnológico de Monterrey, Campus Guadalajara, México. Médico Familiar, Maestro en Farmacología, Profesor de Medicina Familiar.

**Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Lic. En Nutrición Comunitaria, Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Dra. En Ciencias Sociomédicas. Profesora de Antropología de la Alimentación.

Correspondencia: Dr. Ismael Ramírez Villaseñor. **Dirección electrónica:** ismaelravi@tec.mx ismaelravi@gmail.com

Resumen

En el encuentro clínico se reúnen dos expertos, el médico y el paciente, pero la educación médica centrada en la enfermedad-patología no enseña a escuchar la narrativa de los pacientes como personas y su experiencia con la enfermedad. En el proceso la empatía de los estudiantes se deteriora. El propósito de este trabajo fue explorar las reacciones de los estudiantes al escuchar la narrativa de pacientes reales en un ambiente emocionalmente protegido. El proyecto inició en 2015 exponiendo a los estudiantes a cortos de cine sobre relaciones médico-paciente, música y exposiciones cortas sobre neurociencia de la emoción. En 2017, se sumó la exposición a pacientes reales que narraron su experiencia del padecer en talleres de cinco horas diarias durante cinco días. El estudio mostró que los estudiantes desarrollaron capacidad para la escucha plena, la autoreflexión, el autoconocimiento, y la identificación con la profesión, además de auto-percibirse con empatía renovada.

Palabras clave: Educación médica, empatía, Pacientes.

Abstract

In the clinical scene two experts meet, the doctor and the patient, but the medical education focused on the disease-pathology does not teach to listen to patient's narrative as persons and their experience with the disease. In the process, students' empathy deteriorates. The purpose of this work was to explore students' reactions by listening to the narrative of real patients in an emotionally protected environment. The project began in 2015 by exposing students to movie clips about doctor-patient relationships, music and short exhibitions on emotion's neuroscience. In 2017, exposition to real patients was added. Patients narrated their experience of suffering in 5 hours a day workshop for 5 days. The study showed that the students developed capacity for full listening, self-reflection, self-knowledge, and identification with the profession, as well as self-perception with renewed empathy.

Keywords: Medical Education, Empathy, Patients.

Introducción

La importancia de la educación emocional de los estudiantes es relevante dado que las emociones participan en el aprendizaje¹, así como en el proceso de identificación con la profesión médica². Las emociones, la capacidad empática y la toma de decisiones están relacionadas. “Las emociones son formas de conocimiento intuitivo, tácito, que parecen proveer un puente entre los procesos racionales y los no-racionales”³.

Un estado emocional ecuánime y empático, es central en la relación médico-paciente ^{4,5}. Pero la empatía clínica -poderoso recurso diagnóstico⁶, y terapéutico⁷- es abatido durante la educación médica⁸, que ha privilegiado la enseñanza biomédica, en especial desde el movimiento de la medicina basada en evidencia ⁹⁻¹². Francis Peabody, advirtió hace un siglo: “...los recién graduados han recibido mucha información sobre la enfermedad, pero muy poco sobre la práctica de la medicina. ...son demasiado ‘científicos’ pero no saben como atender a los pacientes”¹³. Nos preguntamos, ¿Qué pensarían los estudiantes si escucharan la narrativa de pacientes reales en un aula en un curso formal? ¿Reflexionarían sobre sus emociones y empatía? ¿Encontrarían provecho de la actividad? Dado que el efecto estimulante de la reflexión del “cine didáctico” en medicina es conocido¹⁴⁻¹⁷ se decidió explorar lo que los estudiantes pensarían al escuchar a pacientes reales junto con cortos de cine ya utilizados previamente por los autores.

Métodos

Participaron 15 estudiantes de medicina del 2° al 8° semestre que se inscribieron voluntariamente al “Taller de cortos de cine, emociones, y la relación médico paciente con pacientes reales”. 6 horas diarias por 5 días, del 25 al 29 de septiembre de 2017. Participaron cinco pacientes adultos (cuatro hombres) conocidos por un profesor del curso. Los cortos de cine utilizados se describen en la tabla I.

Tabla I Cortos que conformaron el video con tema central “La relación médico-paciente”

PELÍCULA O VIDEO	ESCENA	COMENTARIO
<i>Ganas de vivir (Wit)</i>	00:00:37_00:01:44	Usted tiene cáncer avanzado ¿Voy demasiado aprisa?
<i>Moscati</i>	00:59:51_01:00:47	Usted es la paciente, ¡No hable!
<i>Patch Adams</i>	00:05:23_00:06:42	Es más importante el azúcar de mi café que escucharlo a Usted.
<i>Patch Adams</i>	00:25:22_00:26:17	En esta cama tenemos una diabetes con mala circulación y posible amputación...oral
<i>La Perla</i>	00:11:36_00:13:57	¿Quién es mi paciente el Indio o el alacrán?
<i>Moscati</i>	01:03:05_01:03:47	Leer un libro que no ha sido impreso...
<i>“Médicos” “bromistas”</i>	38 segundos	No tengo idea de que es ser médico pero tengo un título...
<i>“Lady doctora”</i> https://www.youtube.com/watch?v=A_UBQ8DRKNA	59 segundos	No tengo idea de como manejar mis emociones
<i>Drunken Angel (El Ángel Borracho)</i>	00:03:00_00:05:29	Soy rudo contigo porque te detesto
<i>Drunken Angel (El Ángel Borracho)</i>	00:27:17_00:29:33	Te trato con cariño porque me agradas
<i>Atrapado Sin Salida (One flew Over the Cuckoo's Nest)</i>	00:08:26_00:13:38	¡Le juro Dr. que voy a cooperar al 100 con Usted!
<i>Ganas de vivir (Wit)</i>	00:18:50_00:20:33	Lo importante es completar la revisión clínica del protocolo de investigación...
<i>Vivir (Ikiru)</i>	00:12:21_00:14:51	La sala de espera es un sitio vivo y dinámico...
<i>Vivir (Ikiru)</i>	00:15:23_00:17:35	¿Decirle que tiene cáncer avanzado y que morirá pronto? ¡No de ninguna manera!
<i>Barbaroja</i>	00:52:02-00:59:48	¿Sufrió mi padre en su agonía? ¡No!, murió con serenidad.

Los pacientes fueron motivados por el deseo de ser escuchados formalmente por estudiantes de medicina en aulas universitarias. ¿Qué narraron los pacientes? Francisco, narró desde su diagnóstico de linfoma no operable de senos paranasales, hasta sus 3 años de pesado tratamiento y recuperación. Su experiencia ayudando a otros pacientes y el apoyo que recibió de su familia y amigos. JP, narró la súbita pérdida de la vista estando en un país diferente al suyo, y como recibió apoyo y compañía dentro y fuera del hospital en las semanas críticas por un médico de Puerto Rico. Aurora, narró una vida de enfermedad desde la infancia, las penurias de una familia pobre, sus experiencias con médicos que adjudicaban patología a sus síntomas corporales inexplicables. Gustavo, narró la desesperación de ver que los síntomas de su esposa son ignorados o despreciados por los médicos, hasta que logra demostrar que tiene un cáncer renal. Gabriel, relata un episodio súbito, cual tormenta en cielo despejado, donde una especie de vértigo y confusión le impiden por meses hacer sus labores diarias. Los médicos desconcertados no logran comunicarse con él, los estudios diversos y complejos que se le hacen son más atendidos que la persona de la que provienen. Años después no sabe a ciencia cierta que le ha pasado y si podría ocurrir de nuevo.

Se estableció verbalmente y por escrito la extrema necesidad de mantener la confidencialidad respecto a las historias contadas por los pacientes, y lo expresado por los estudiantes. Se hizo énfasis en desarrollar la escucha plena con mentalidad receptiva, y sensible¹⁸. Se prohibió el uso de dispositivos electrónicos, asumiendo mayor comprensión cuando se toman apuntes a mano¹⁹.

A los pacientes se les pidió que narraran su experiencia de sentirse enfermos, y su trato con sus médicos y otros personajes de la salud.

La actividad diaria fue distribuida de la siguiente manera: Primera actividad: 8:00 a 10 horas. Receso de 10 a 11 horas. Segunda actividad de 11 a 14 horas. En la primera actividad, equipos de dos estudiantes hicieron la presentación -en 30 minutos- de lo que les pareció sustantivo del artículo que les fue asignado aleatoriamente (2 artículos por día, ver Tabla II).

Tabla II Artículos presentados por los estudiantes por orden cronológico de presentación

Artículos presentados por los estudiantes por orden cronológico de presentación
Ramírez-Villaseñor I. Emociones, Relación Médico-Paciente y Cine: Comparación Entre Estudiantes y Médicos Familiares. Una Investigación Cualitativa. Revista Mexicana de Medicina Familiar 2016; 3(2):15-23.
Halpern J. What is clinical empathy. Journal of General Internal Medicine 2003;18: 670-674.
Hojat, M. Vergare MJ, Maxwell K, & et al. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. Academic Medicine 2009;84(9):1182-1191.
Damasio AR. La hipótesis del marcador somático. En: Damasio AR, ed. Descartes' Error. Emotion, Reason and the Human Brain. New York: Editorial Andrés Bello; 1994. pp 191-230.
Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. J Gen Intern Med. 2011;26: 197-203.
Sade, R, Stroud, M. Criteria for selection of future physicians. Annals of Surgery. 1985;201(2): 225- 230.
Nigel, E, Kornacki, M.J, Silversin, J. Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ. 2002;324(6 April): 835-838.
Meier, D.E, Back, A.L, Morrison, R.S. The inner life of physicians and care of the seriously ill. JAMA. 2007;286(23): 3007-3014.

En la segunda actividad, se presentó un paciente por día, quiénes hablaron sin casi interrupción de 40 a 60 minutos. La jornada terminaba con exposición de cortos de cine. Los estudiantes compartieron en parejas y en plenarias sus impresiones, ideas y sentimientos una vez que los pacientes habían salido del aula. Hubo diálogo directo entre estudiantes y pacientes. Los estudiantes dejaron por escrito las “lecciones” que aprendieron de cada paciente. Al final del taller entregaron una expresión escrita individual y lo que se “habían llevado del taller”. En este artículo, se reporta solamente lo relativo a la impresión final del taller.

Resultados

Se realizó un proceso hermenéutico por los dos autores usando el programa Atlas.ti versión 6.2. *Scientific Software Development GmbH* □ Se definieron cinco unidades de análisis de contenido agrupadas como: Autoconciencia, reflexión humanista, crítica al sistema educativo, necesidades sentidas, significados del taller. Se transcriben frases u oraciones consideradas representativas:

Autoconciencia

“Me di cuenta de que el autoconocimiento es la clave en la vida [...]”

“Entré a esta actividad como una persona y salí como otra muy diferente: Más humana, empática, solidaria y respetuosa.”

Refiriéndose a la capacidad empática un estudiante expresa: “En mi caso esa habilidad podría considerarse algo forzado...por naturaleza soy alguien muy analítico y sarcástico”.

Reflexión humanista

“Aprendí que los mejores maestros son los pacientes, si aprendes a escucharlos y comprenderlos te llevas un pedacito de ellos que siempre va a estar contigo [...]”

“Estoy muy agradecida con los pacientes que nos permitieron adentrarnos en su historia; vivir sus alegrías y decepciones [...]”

“Me llevo un cachito de todos los pacientes y dejo partes mías, que me di cuenta prefiero no tener”.

“[...] quedo eternamente agradecido con cada uno de los pacientes por presentarse de una manera vulnerable y permitirnos aprender de sus tragedias y sufrimiento.

“Cada uno demostró una fortaleza increíble y una gran voluntad por superarse y de vivir [...] Sentí gran admiración hacia cada uno de ellos”.

Crítica al sistema educativo

Refiriéndose a la expresión de empatía y emociones en la escuela de medicina un estudiante expresa: “[...] nos hacen sentir que son defectos que muestran debilidad, y pocas habilidades médicas”.

“creo que en este aspecto no recibimos la educación necesaria durante la carrera”.

“La educación está tan enfocada en la teoría y la competencia, que muchas de las personas más empáticas acaban saliéndose o perdiendo empatía...”.

“[...] la empatía va disminuyendo...pero no porque tu quieras sino por el ambiente, principalmente la escuela”.

“Si bien durante la materia de propedéutica nos enseñan como actuar ante un paciente no se toma tan en cuenta el aspecto humano del mismo”.

“[...] cambió mi perspectiva [...] en una carrera que nos inculca que todos los procesos llevados a cabo por el humano no son más que reacciones químicas [...] Es fácil perder la conexión emocional que se necesita para sanar a los pacientes. Lo que aprendí esta semana me ayudará a tenerlo en mente toda mi vida”.

“[...] interesante observar que nuestra formación que busca la excelencia de aprendizaje de técnicas, conocimientos, y procedimientos [...] atenta contra nuestra capacidad de sentir empatía por nuestros pacientes”.

Necesidades sentidas

“El taller ayuda mucho a identificar las cosas que tienes y las que te falta desarrollar para llegar a la clínica”
“[...] me gustaría que esto no se quedara en un taller, que fuera una experiencia por semestre o más, [...] desde los primeros años...”.

“[...] si se implementara mas todo este tema, tendríamos menos miedo al llegar a clínica”.

“Espero estos talleres se vuelvan estándar y disponibles en el resto de la carrera [...]”

Significados del taller

13 estudiantes respondieron la pregunta final. ¿Qué me llevo de esta semana de talleres?

“Nunca voy a olvidar esta experiencia”

“[...] el impacto que la empatía de un doctor puede llegar a tener en la recuperación del paciente”

“¿cuál es el significado de ser médico? [...] descubrí que es un privilegio...”

“[...] me ayudó a volver a sentir la pasión que he tenido desde pequeña de ser médico.”

“... fueron experiencias sumamente gratas tanto para nosotros, como para ellos ([los pacientes]).”

“Ver a los ojos a una persona mientras te platica las cosas más dolorosas de su vida cambian mucho a uno mismo”.

“[...] que personas con enfermedades reales vinieran y nos platicaran sobre su experiencia, el trato de los médicos, lo que sentían, me pareció enriquecedor [...] comprendí que un médico no trata una enfermedad sino a una persona”.

“[...] me llevo el compromiso de mantener la empatía ante los pacientes.

“Francisco me enseñó que el apoyo de los familiares es crítico para la recuperación [...] Aurora [...] que el dolor emocional puede ser la enfermedad crónica mas desgastante [...] Gustavo [...] que cuando un paciente te dice que algo no está bien, debes escucharlo [...]”

JP [...] que hasta la tragedia más grande puede llevarte a crecer en la vida.

Gabriel [...] que la vida puede cambiar en un segundo y tener empatía con el paciente, lo hace sentirse importante.

“[...] vi como su enfermedad lo llevó de alguna manera a renacer”.

“[...] me ayudó a estar más receptiva de los sentimientos en general, pero en particular de los míos [...] y [...] unir la conciencia con la parte emocional del médico”.

“Aprendí grandes lecciones sobre como tratar a una persona [...] no son las patologías o heridas que llegan a la sala de emergencia”.

“El aprendizaje más grande que me llevo, es conectar realmente con los pacientes”.

“[...] escuchar el testimonio de los pacientes creo que es lo que no aprendemos en la escuela, y es lo más importante

Discusión

En el encuentro médico-paciente concurren dos expertos, el médico con pericia en el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad, y el paciente, experto en su experiencia en padecerla, sus ideas de sus causas, limitaciones que le impone en su vida diaria, creencias de sus causas y posibles curaciones, etcétera (el médico es experto en disease, mientras que el paciente lo es en illness) ²⁰.

El acto médico no puede ser exitoso sin el mutuo entendimiento de estos dos expertos. Este es el meollo del tercer componente del método clínico centrado en el paciente (MCCP) descrito como “llegar a terreno común o lograr entendimiento mutuo”- *finding common ground*, en inglés²¹. Consideramos que escuchando la narrativa de estos pacientes, los se acercaron al proceso del entendimiento mutuo, debido a que escucharon sentimientos, ideas, afectación de la función y expectativas de los pacientes, en otras palabras, practicaron el primer componente del MCCP²² sin tener que conocerlo teóricamente primero.

Otro obstáculo educativo para la comprensión de los pacientes es que en la escuela de medicina predomina la enseñanza del distanciamiento afectivo para con los pacientes con la intención de proteger al estudiante de las fuertes emociones que encontrará en su práctica²³. Se le intenta proteger, suprimiendo su desarrollo interior, impidiendo el reconocimiento y resolución de conflictos internos muchas de las veces ajenos al nivel consciente²⁴. El resultado es la indiferencia del médico lo que McWhinney cita como emociones atrofiadas o no desarrolladas, (*Stunted emotions*)²⁵ La exposición a pacientes reales que narran su padecer cuando el caos de la tragedia ha sido superado, parece ser un medio valioso para iniciar al estudiante en el camino del indispensable autoconocimiento que permitirá un involucramiento emocional, sano y efectivo²⁶. Esto parece posible cuando leemos... “me ayudó a estar más receptiva de los sentimientos en general, pero en particular de los míos [...] unir la conciencia con la parte emocional...”.

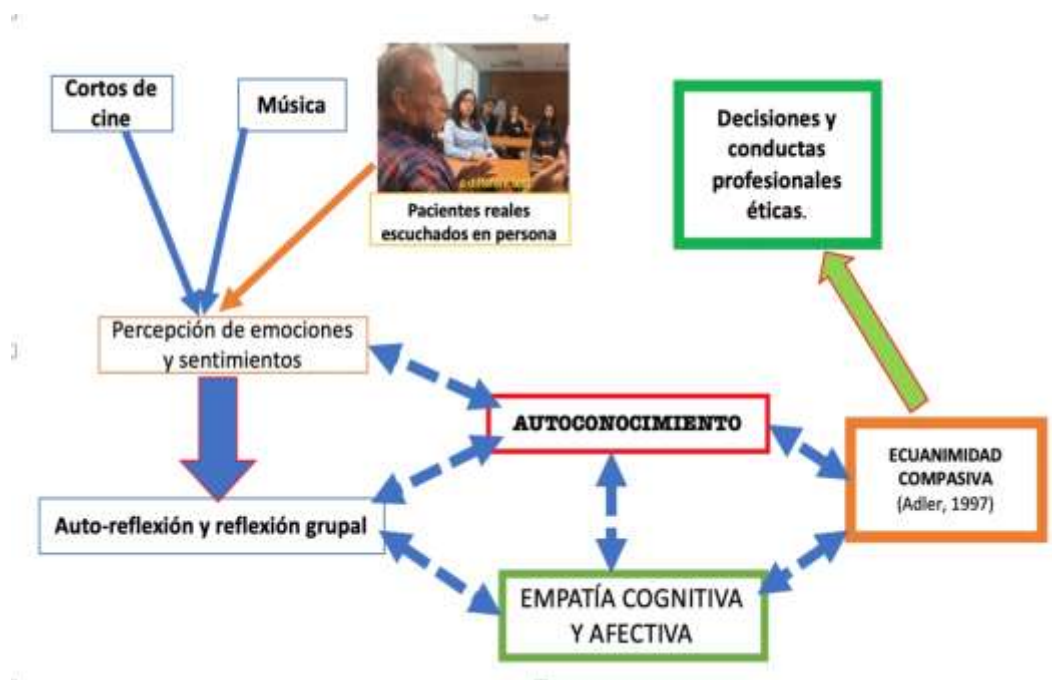
Los estudiantes desean que este tipo de experiencia sea parte del currículo “[...] si se implementara más todo este tema, tendríamos menos miedo al llegar a la clínica”. Es la misma tendencia que otros estudios han encontrado.²⁷

Haber escuchado que, JP, perdió la vista a los 26 años y que un “médico de Puerto Rico, me ayudó y es inolvidable para mí” y que nueve años después JP bromea cuando narra su calvario, sus crisis espirituales, que ha superado... contagian a los estudiantes regocijo y esperanza: “[...] vi como su enfermedad lo llevó de alguna manera a renacer”, “... hasta la tragedia más grande puede llevarte a crecer en la vida.”

Destaca las expresiones de compromiso con la profesión y la identificación profesional: “Ver a los ojos a una persona mientras te platica las cosas más dolorosas de su vida cambian mucho a uno mismo”. ...me ayudó a volver a sentir la pasión que he tenido desde pequeña de ser médico.” Según Monrouxe, el proceso de identificación profesional necesita tanto de la adquisición de conocimientos médicos, como del contacto con pacientes. El método podría impulsar la personalidad que Needleman le adjudica a Sigmund Freud: mirar con atención plena el sufrimiento y mente de los pacientes con una intensidad que se vuelve efectiva, objetiva y compasiva.¹⁸

Nuestras observaciones desde 2015 nos han llevado a hipótesis que se acercarán a esta complejidad como se ilustra en la Figura 1.

Figura 1. El método de exposición a cortos de cine, música y narrativa de pacientes reales. Hipótesis de trabajo.



La exposición al método promueve la auto-percepción de emociones y sentimientos, los que reflexionados y compartidos facilitan la comprensión de la perspectiva del paciente (lado cognitivo de la empatía) y la comprensión de sus sentimientos (empatía afectiva o compasión). La reflexión sobre estos estados mentales logra cierto autoconocimiento con asas en doble vía. Lo relativo a ecuanimidad compasiva²⁸, y toma de decisiones éticas no fue explorado en este trabajo.

Conclusiones

La exposición de los estudiantes de medicina a la narrativa de pacientes en un ambiente emocionalmente protegido, más la exposición a cortos de cine de alto contenido emocional, en conjunto con aprendizaje colaborativo y autogestivo sobre procesos emocionales y empatía, parecen constituir un método con alto potencial en la educación emocional del estudiante de medicina. (Tabla I)

Los pacientes reales podrían tener un papel importante en la escuela de medicina enseñando a escuchar la narrativa del padecer. Los cinco pacientes mostraron satisfacción al haber podido “dar consejos” y narrar sus experiencias. La idea de pacientes como profesores en la escuela de medicina podría ser un factor en: El desarrollo de la capacidad de escucha plena, el desarrollo de familiaridad con el MCCP, la capacidad para la auto-reflexión, el autoconocimiento, y la identificación con la profesión en el complejo proceso de volverse médico²⁹.

Agradecimientos

Agradecemos encarecidamente a Francisco, JP, Aurora, Gustavo, y Gabriel por su generosa y altruista participación en este proyecto, con la seguridad de que sembraron semillas de humanismo que darán frutos maravillosos.

Referencias

1. Plsek, P.E, Greenhalgh, T. Complexity science; The challenge of complexity in healthcare. *BMJ*. 2001;323(9): 625–628.
2. Monrouxe, L.V. Identity, identification and medical education: why should we care? *Med Educ*. [Online] 2010; 44(1): 40-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03440.x> [Accessed 10 January 2019].
3. Damasio, A.R. *Descartes' Error Emotion, Reason and the Human Brain*. (1st ed.). New York, USA: Avon Books; 1994.
4. Neumann, M, Bensing, J, Mercer, S. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. [Online] 2009;74(3): 339–346. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013> [Accessed 10 January 2019].
5. Halpern, J. What is clinical empathy. *J Gen Intern Med*. 2003;18(8): 670-674.
6. Di blasi, Z, Harkness, E.F, Ernst, E. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357(9258): 757-762. [Online] 2001;Abril(357): 757-762. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/12078501> [Consultado el 27 de febrero de 2018].
7. Rakel D.P, Hoefl, T.J, Barrett, B.P, Chewing, B.A, Craig, B.M. Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold. *Fam Pract*. 2009; 41 (7): 494-501.
8. Hojat, M, Vergare, M.J, Maxwell, K. The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9): 1182-1191.
9. Miles, A. On a medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *J Eval Clin Pract*. [Online] 2009;15(6): 941– 949. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2009.01354.x> [Accessed 10 January 2019].
10. Couto, J.S. Can we forget how to treat patients? Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *J Eval Clin Pract*. [Online] 2006;12(3): 277-280. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2753.2006.00575.x> [Accessed 10 February 2018].
11. Miles, A. Evidence-based medicine: requiescat in pace? A commentary on Djulbegovic, B, Guyatt, G H & Ashcroft, R E (2009) *Cancer Control*, 16, 158-168. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(6): 924-929.
12. Upshur, R. If not evidence, then what? Or does medicine really need a base?. *J Eval Clin Pract*. 2002;8(2): 113–119.
13. Miles, A. Science, humanism, judgement, ethics: Person-centered medicine as an emergent model of modern clinical practice. *Folia Medica*. 2013;55(1): 5-24.
14. Matthew, A, Lenahn, P, Pavlov, A. *Cinemeducation Using Film and Other Visual Media in Graduate and Medical Education Vol 2*. (1st ed.). London, UK: Radcliffe Publishing; 2012.
15. Baños, J.E, Bosch, F. Using feature films as a teaching tool in medical schools. *Educ Med*. 2015;16(4): 206-211.

16. Díaz-membrives, M, Icart-isern, M.T, López-matheu, M.C. Literature review: Use of commercial films as a teaching resource for health sciences students. *Nurse Educ Today*. [Online] 2016;36(1): 264-267. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691715004086?via%3Dihub> [Accessed 2 July, 2018].
17. González-Blasco, P. A Experiência do cinema no contexto educacional Parte II. In: Blasco , P.G (ed.) *Medicina de Família & Cinema Recursos Humanísticos na Educação Médica*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo; 2002. p. 139-196.
18. Needleman, J. *The way of the physician Recovering the heart of medicine*. (2nd ed.). Napa, CA, USA: Fearless Books; 2014.
19. Mueller, P.A, oppenheimer, D.M. The Pen Is Mightier Than the Keyboard: Advantages of Longhand Over Laptop Note Taking. *Psychological Science*. 2014;25(6): 1159–68. doi:10.1177/0956797614524581.
20. Kleinman A. Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural Research. *Ann Intern Med*.1978;88(2):251-8.
21. Stewart M, Brown JB, Weston VWW, Mcwhinney IR, Mcwilliam CL. *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. 3rd ed. London: Radcliffe Publishing; 2014.
22. Stewart, M. The first component: Exploring health, disease, and illness experience. In: Stewart M, Brown JB, Weston VWW, Mcwhinney IR, Mcwilliam CL. (eds.) *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. London, UK: Radcliffe Publishing; 2014. p. 35-66.
23. McWhinney IR. Illness, suffering, and healing. En: Mcwhinney IR, Freeman T. (eds). *Textbook of family medicine*. New York: Oxford University Press; 2009. p. 92-114.
24. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. Introduction by John A. Balint. 2nd. ed. Edinburgh UK: Churchill Livingstone; 2005.
25. McWhinney, I.R. The importance of being different William Pickles Lecture 1996. *Br J Gen Pract*. 1996;46(July): 433-436.
26. Mcwhinney, I.R. The evolution of clinical method. In: Stewart, M et al. (eds.) *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. London, UK: Radcliffe Publishing; 2014. p. 18-32.
27. Ramírez-Villaseñor I. Sentimientos del estudiante de medicina al abordar la muerte con cine, música y casos reales. *Educ Med*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.01.004>
28. Adler, H.M. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *J Gen Intern Med*. 2002;17(11): 883-890. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/?term=The+Sociophysiology+of+Caring+in+the+Doctor-patient+Relationship>
29. Weston, W.W. Becoming a physician: the human experience of medical education. In: Stewart, M, Brown, J.B, Weston, W.W (eds.) *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. London, UK: Radcliffe Publishing; 2014. p. 167-190.