

La formación cultural y humana del cardiólogo. Una propuesta práctica

Cardiologist's Education Based on Culture and Humanities. A Practical Proposal

INTRODUCCIÓN

La medicina tiene como sentido el alivio del sufrimiento humano. La dimensión de la tarea médica transcurre en planos simultáneos y complejos y nos enfrenta cotidianamente con semejantes en los momentos difíciles de la enfermedad, pérdidas y duelos. A partir de esta dimensión compleja surgen ineludiblemente dos cuestiones:

En primera instancia, preguntarnos en qué medida estamos entrenados humana y técnicamente para construir una relación médico-paciente que permita escuchar la verdadera historia del problema que se nos plantea y colaborar en su resolución con la mirada más amplia posible.

La segunda pregunta, más íntima, es en qué medida podemos manejar la turbulencia emocional que provoca el contacto cotidiano con el sufrimiento, afrontando además el riesgo permanente de adoptar decisiones que pueden ayudar pero también dañar.

El fenómeno del *burn-out*, una grave consecuencia de una mala elaboración de los conflictos y la insatisfacción en la práctica profesional, puede presentarse incluso en las etapas de residencia médica. (1)

La mayor parte de los programas de formación de posgrado en las residencias, escenario real de la actividad asistencial de nuestra especialidad, no tienen contemplada la exploración de la relación médico-paciente ni las metodologías para su entrenamiento, ni mucho menos la reflexión sobre los conflictos emocionales de la carrera.

Esta Carta del Director, en un número dedicado a la educación médica, se orientará a explorar algunas propuestas para superar las carencias señaladas de los programas de residencia. Tomaré como disparador un artículo reciente de la revista *The Lancet*.

FORMACIÓN HUMANÍSTICA: LA VISIÓN DE ARTHUR KLEINMAN

Arthur Kleinman publicó un artículo en la revista *The Lancet*, (2) en la sección El arte de la medicina, con un título provocativo: *El yo dividido, los valores ocultos y la sensibilidad moral en medicina*. El artículo se acompañaba de un cuadro de Picasso, "Retrato de un estudiante de Medicina" (Figura).

El estudiante de medicina es dibujado en dos capas: la del fondo, en la que adivinamos un boceto sencillo de un rostro neutro, y en el primer plano, con trazos negros, una máscara perturbadora.



Retrato de un estudiante de Medicina. Pablo Picasso. 1907.

Son las dos dimensiones que Kleinman aborda al hablar del yo dividido y los valores ocultos, es decir, la disociación entre el transcurrir de una práctica médica orientada a la solución de problemas con guías y sistemáticas, el plano técnico, y por otro lado, los valores morales y vivencias emocionales contradictorias que se generan en forma masiva ante el vínculo con los pacientes.

La falta de reconocimiento de estos valores y emociones, nos dice el autor, puede llevar a debilitar la vida personal y la interacción clínica. Aunque han pasado ya muchos años, recuerdo vívidamente cómo en los primeros años de residencia desarrollábamos actitudes muy deshumanizadas en el trato e incluso un lenguaje extraño, un lunfardo en el que caben "caños" (pacientes con gran deterioro general), bromas pesadas cuartelarias e incluso la ironía cruel.

Kleinman lo expresa como "el tránsito de los primeros años 'precínicos' de la escuela de medicina a los años

‘cínicos’ de las guardias y las clínicas, de los primeros años de la residencia y la práctica profesional”. “Ante la ausencia de una sensibilidad moral sobre lo que debería ser el trabajo clínico en un mundo de valores ocultos y divididos, los estudiantes idealistas son rehechos como cínicos, a semejanza de los residentes y médicos asistenciales que emulan.”

La respuesta de Kleinman a este deterioro consiste en una propuesta inicialmente sencilla: debemos reflexionar en forma crítica sobre nuestros valores humanos, nuestras vivencias, lo que nos ocurre cuando enfrentamos la tarea profesional y, a su vez, sobre lo que les pasa a los pacientes y sus familiares.

EL MÉDICO CULTO Y LOS NIVELES REQUERIDOS DE ALFABETIZACIÓN

En opinión de Kleinman, “el currículo médico de posgrado debe ser enriquecido con atención a las humanidades: antropología, historia, literatura, artes, cine, biografía, novela, todo lo que contribuya a mejorar la sensibilidad humana hacia la clínica. También la música, los museos de arte y la psicoterapia humanística”.

En las entrevistas con candidatos a la residencia, es notable hoy en día la escasísima formación cultural en “humanidades” en el sentido de lo referido más arriba. Las nuevas culturas relacionadas con lo virtual, Internet, y una dinámica diferente de acceso y manejo del conocimiento han sido todavía poco exploradas para la formación médica.

Tengo claro que el conocimiento del arte medieval, el recitado de la *Divina Comedia* en italiano, la historia de las batallas de la Primera Guerra Mundial o la lectura del *Ulises* de Joyce no garantizan en ningún aspecto una mejor tarea médica ni hacen a su portador más humano en el sentido de una mayor sensibilidad o empatía hacia el sufriente. Conozco eruditos en cine que son incapaces de percibir el conflicto que una historia cinematográfica nos propone, distraídos por los antecedentes de los actores, directores o detalles del *jet-set*. Para peor, los médicos eruditos en todo (y que se esmeran en que esto no se deje de notar) resultan en la práctica poco empáticos o cálidos, consumidos en la defensa de sus niveles de broncemia. (3)

Como muy bien expresa Kleinman, no deberíamos pretender utilizar las humanidades para que los médicos sean humanistas, eticistas, sociólogos o antropólogos, “sino para cultivar y desarrollar una sensibilidad receptiva más rica y profunda: crítica, estéticamente alerta y moralmente responsable”.

Iona Heath (4) expresaba en términos similares una propuesta de alfabetización médica en cuatro dominios: alfabetización *profesional* (la formación clásica), *corporal* (aprender de las experiencias de dolor y enfermedad que nos toca vivir para comprender las experiencias de nuestros pacientes, *cultural* (sensibilidad hacia las manifestaciones de la experiencia humana en sus diferentes campos) y *emocional* (capacidad de empatía

y comprensión de la historia de vida, valores y la enfermedad de nuestros pacientes en toda su dimensión).

UNA REFLEXIÓN SOBRE LOS MÉDICOS JÓVENES Y LA MUERTE DE LOS PACIENTES

Hace pocos años, convocado por Guillermo Fábregues, participé con Hernán Doval, Jorge Thierer y otros colegas en una mesa del Congreso SAC dedicada a los médicos y la muerte de los pacientes. La experiencia fue muy conmovedora, predominó lo vivencial sobre lo académico, con una íntima comunicación con los presentes. Este material se ha mantenido inédito y extraeré una parte para esta carta.

En los primeros años de residencia tenemos la oportunidad de presenciar las primeras muertes de pacientes que están a nuestro cargo. Surgen así inevitables cuestionamientos: ¿habrá fallecido por culpa mía?, ¿acaso pude evitar esta muerte con otra estrategia terapéutica? Nos toca por primera vez comunicar que alguien va a morir, la frase repetida de “¿te parece que vaya hablando con la familia?” cuando llevamos un rato largo de resucitación, para “ir preparando” y después informar el fallecimiento.

¿Hasta qué punto nosotros estamos preparados para asistir a la muerte del paciente y apoyar a los familiares? ¿Tenemos en las estructuras médicas en las que desarrollamos nuestra actividad un ámbito de sostén para estas tormentas emocionales, conmociones que todos vivimos cuando empezamos a trabajar? Afortunadamente hay muchos colegas que se han animado a escribir e investigar estos temas.

En una investigación sobre evocaciones de la actividad médica de los primeros años, (5) los residentes recuerdan claramente la duras experiencias de dar malas noticias. El autor de esta investigación sugiere algunas recomendaciones prácticas para el contexto ideal en estas situaciones:

“Debería en primera instancia observar a un médico con mayor experiencia, ser asistido durante las primeras ocasiones y tener un ámbito de evaluación posterior. Este ámbito debe permitir la posibilidad de revivir la situación, comunicar los sentimientos, repasar qué dijo y quizá qué debió haber dicho.”

Uno de los caminos iniciales para esta preparación es el “entrenamiento emocional”, que nos permita percibir qué le está pasando al otro. La empatía es una emoción compartida, involuntaria, esencialmente instintiva, que todos tenemos, que parte de la mirada en espejo. De hecho, percibimos el dolor de los otros reproduciendo ese circuito en nuestro propio cuerpo. (6)

Sin embargo, nuestro entrenamiento médico es antiempático. Quizá para protegernos, la práctica médica nos aleja en los primeros años de esta percepción empática. Es tan masivo el sufrimiento al que asistimos, muerte, dolores, mutilaciones, invalidez, que la antiempatía nos permite llevar adelante nuestra práctica y formación, pero con un costo. Para recuperar nuestra capacidad empática,

con los años, deberemos hacer otro entrenamiento, a veces a través de una psicoterapia, un camino lento, cuidadoso, pero crucial para poder saber informar, consultar, compartir, compadecer con los pacientes.

¿Cuáles son las reacciones defensivas frente a esta inundación masiva de sensaciones dolorosas?

Una de las formas es el denominado *toxic intern syndrome* (síndrome tóxico del residente), que lleva al cinismo, a la insensibilidad. (7)

Imaginemos (o recordemos) un diálogo durante la residencia:

- ¿Cómo te fue en la guardia de ayer?
- Y, tres a cero.

Traducción: se nos murieron los tres pacientes que intentamos resucitar. O tres a uno: sacamos uno, perdimos tres.

Es decir, empezamos a utilizar una especie de lunfardo desafectado, para poder tolerar (bancar) y aceptar estas situaciones extremas. Esto nos puede llevar incluso a tomar decisiones insensibles o crueles hacia las necesidades de los pacientes.

¿Se habrá muerto por mi culpa?

Uno de los duros interrogantes frente a la muerte de nuestros pacientes es si hemos cometido algún error, si tenemos “la” culpa. Creo que todos los que trabajamos en la cornisa del cuidado intensivo o la emergencia hemos sentido culpas. Sabemos que el error médico se considera una causa importante de muerte. En los Estados Unidos se estima que es la octava causa de muerte, y aunque todos reconocemos su importancia es un asunto difícil de discutir en la vida hospitalaria. Las barreras para la discusión del error son múltiples, y el personal médico parece negar los efectos del estrés o la fatiga sobre el rendimiento laboral. Otro de los problemas referidos es la negativa de los *staffs* con mayor experiencia a aceptar las opiniones o cuestionamientos de los miembros jóvenes en este sentido. En la residencia, el error está vinculado con la insuficiente formación, con las exigencias extremas, con condiciones inadecuadas de trabajo. Muchas veces hemos tratado de enterrar esos presuntos errores o culpas junto con los pacientes, pero, como en un relato de Poe, sus ecos nos siguen torturando por años. (8)

En un relevamiento reciente en médicos españoles, dentro de las fuentes de mayor estrés psicológico se refieren el contacto diario con el sufrimiento y la muerte, sentirse responsable de vidas humanas, incertidumbre frente al diagnóstico, posibilidad de ser demandado y transmitir malas noticias. (9)

Uno de los riesgos del “hombre de acero”, de este hombre despersonalizado, del ocultamiento de estas conmociones afectivas es el *burn-out*. El *burn-out* es un síndrome muy estudiado, que consiste en quedar emocionalmente exhausto, que muchas veces lleva al abandono de la especialidad, de la medicina o de la motivación para ejercerla, a adicciones e incluso al suicidio. ¿Cuál es la prevención de este fenómeno de destrucción?

Primero, darse cuenta de que uno está sometido a este tipo de tensiones y tratar de generar un buen ambiente laboral y un buen ambiente académico. El intercambio intelectual, la discusión cotidiana orientada a la mejor comprensión de la medicina y de los pacientes, es un mecanismo de protección excepcional. Así también, la sensación de pertenencia a un grupo con objetivos trascendentes evita entrar en esta disolución.

¿Cómo podemos encarar esta protección con estrategias prácticas?

LA RESPUESTA DESDE LAS HUMANIDADES MÉDICAS Y LA MEDICINA NARRATIVA

En los últimos quince años han surgido en diversos contextos universitarios propuestas de formación humanística que adoptan diferentes denominaciones: Medical Humanities, predominantemente en Gran Bretaña, (10) o “Narrative Medicine”, Medicina Narrativa, con su origen en los Estados Unidos, así como publicaciones periódicas dedicadas al tema. (11)

Ambos términos indican una intención pero no son autoexplicativos y vale la pena detenernos en precisar de qué estamos hablando realmente. Me concentraré en la Medicina Narrativa, por las perspectivas de su aplicación práctica que discutiré en el apartado final.

La Universidad de Columbia ha desarrollado un Master en Medicina Narrativa y se orienta a “enseñar teoría narrativa, habilidades para la lectura, escritura reflexiva, interpretación de las narrativas de enfermedad y las bases filosóficas para el desarrollo de una relación empática entre clínicos y pacientes”.

Rita Charon es la líder de este proyecto y en un editorial del *Lancet* (12) resalta los tres planos de exploración conceptual en la formación narrativa: comprender frente a cada circunstancia médica lo que se conoce/conocible y diferenciarlo de lo desconocido/incognoscible, los aspectos universales y particulares en cada experiencia de enfermedad, y el enfoque del cuerpo y del yo del paciente (*body and the self*). Curiosamente, relaciona estas tres dimensiones con el modelo de círculos de la medicina basada en la evidencia: las evidencias (lo que se conoce), el contexto general (universal y particular) y las preferencias (los valores y el yo del paciente en la toma de decisión).

Se trata de escuchar las historias de los pacientes, de poder interpretarlas y comprometernos con ellos, y a su vez de comprender lo que nos pasa con estas historias. Para poder comprender las historias, se aplican las herramientas bien conocidas en letras pero desconocidas por los médicos: el análisis de la narrativa, de las metáforas y el lenguaje del relato, el reconocimiento de signos y significados.

Como planteo teórico, la formación en narrativa con técnicas que comentaré más adelante, se orienta a lograr “atención, representación y afiliación”.

Atención: estar presente con el paciente.

Representación: es el acto de representar con el

lenguaje o con cualquier otro medio lo que percibo. Parte de la afirmación de que uno comprende cabalmente lo que experimenta sólo cuando lo representa. La formación en narrativa consiste así también en escribir y relatar las historias de los pacientes y las nuestras como médicos.

Afiliación: desarrollo de vínculos afectivos con el paciente y su familia y entorno, entre los médicos grupalmente, entre los médicos y la cultura.

Es de resaltar que la autora es médica clínica asistencial, al tanto de todas las evidencias y conocimientos fisiopatológicos, con responsabilidades con residentes de la especialidad y, por supuesto, a la par de un doctorado en Letras y otros desarrollos personales. Tiene múltiples publicaciones, un libro clásico aún no traducido al español, (13) y durante este año se publicó un reportaje en la red Intramed efectuado por el Dr. Mauro Tortolo durante una rotación en su formación de residente, que resultó muy rico en conceptos y para conocer a la autora en su plano más personal. (14)

Tomo algunos párrafos imperdibles:

“Si yo fuera el rector, insistiría para que todos mis alumnos estuvieran en tratamiento psicoanalítico, creo que es necesario que los doctores reciban una psicoterapia seria y profunda, preferentemente psicoanalítica.”

(citando al psicoanalista Hans Loewald): “Escribir es un acto sensoriomotriz mediante el cual transformo lo inmaterial en lo material; así puedo comunicármelo a mí mismo y comunicárselo a los demás. Hasta que no escriba acerca de algo que he visto, no lo he visto.”

“Pensamos que la medicina se equivocó al separar las cuestiones de la vida de las cuestiones de enfermedad”.

“Los frutos de la medicina narrativa serán una hemoglobina glicosilada más baja, un mejor control de la presión arterial, menos cigarrillos fumados, más pérdida de peso, etc. *Los pacientes se sentirán escuchados, y los médicos estarán contentos*”.

Aunque la enseñanza narrativa es vivencial y grupal, no se trata de una estructura de psicoterapia, al estilo de los grupos Balint de varias décadas atrás. ¿De qué se trata entonces?

La Medicina Narrativa en la práctica. La experiencia del grupo de pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires

Pocos meses atrás asistí a las primeras jornadas de Medicina Narrativa organizadas por el grupo de trabajo en este tema del Hospital Italiano de Buenos Aires en el contexto del Simposio Internacional de un Congreso Argentino de Pediatría Dr. Carlos Gianantonio, experiencia que pude reforzar compartiendo con el Licenciado Ignacio Usandivaras y la médica pediatra Cristina Catsicarís un taller de narrativa en la Conferencia Argentina de Educación Médica.

Este grupo del Hospital Italiano lleva adelante un proyecto orientado a mejorar aspectos de la comuni-

cación médico-paciente y reflexionar acerca de la ética de la práctica cotidiana, trabajando con estudiantes, residentes y médicos de *staff* del Departamento de Pediatría.

A través de la utilización de la narrativa como una herramienta, buscan mejorar aspectos de la comunicación médico-paciente y reflexionar acerca de la ética de la práctica cotidiana.

Trabajan con estudiantes, residentes y médicos del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Les he pedido que resumieran los tipos de actividades que desarrollan en los encuentros semanales con los médicos durante una hora y media.

1. *Reescritura de una historia*: partiendo de los datos consignados en las historias clínicas, los participantes se entrenan en reescribir o contar estas historias en su contexto, en un lenguaje cotidiano (no en el lenguaje técnico de los registros) y en confrontar sus percepciones y vivencias.
2. *Lectura crítica de textos literarios o materiales filmicos*: se busca generar destrezas imaginativas que ayuden a cruzar la brecha entre saber acerca de la enfermedad del paciente y comprender su experiencia. Por ejemplo, textos como “Elena sabe” de Claudia Piñeiro, “El hombre lento” de J. M. Coetzee, “El hombre que confundió a la mujer con un sombrero” de Oliver Sacks, “La muerte de Ivan Illich” de Leon Tolstoi.
3. *Evocación y escritura*: con técnicas de ensueño dirigido para la evocación de experiencias personales relacionadas con la temática y posterior escritura de ellas.
4. *Teatro Espontáneo*: técnica teatral que trabaja con relatos del público dramatizados por un grupo de actores de la Compañía Cosmos.
5. *Disparadores audiovisuales* (cómic o historietas, pinturas, humor gráfico) editados por el equipo para el procesamiento posterior a través de la escritura.
6. *Plan de escritura periódica* sobre experiencias vivenciales durante la relación con los pacientes.
7. *Narrativa de enfermedad*: promocionar narraciones de los pacientes de vivencias en el hospital durante la internación monitorizada por los médicos residentes.

Participé en varios de estos talleres, en algunos de ellos con consignas para escribir, y lo esencial es que al finalizar se adquiere conciencia de que algo trascendente ha pasado. No ha sido una clase ni una sesión de psicoterapia, pero hemos aprendido. Un ejemplo: durante la jornada mencionada, leímos con el profesor de la Universidad de Columbia Craig Irvine una poesía de Neruda, “El rol del poeta”. Luego de discutir trama, metáforas e intención, nos invitó a escribir en tenor poético cómo veíamos el rol de nuestra profesión. Había allí médicos, enfermeros, sociólogos y un filósofo, y la experiencia fue relevante: no sólo escuché reflexiones de colegas y diferentes miradas sobre proyectos de vida,

sino que me vi motivado (en un ámbito facilitado) a pensar en mi mirada actual de mi rol como médico y hacer así explícitos pensamientos y sentimientos que me habitan pero que no tienen ámbitos ni canales habituales de expresión.

Como experiencias menores, en el Servicio de Cardiología del Hospital El Cruce hemos invitado a médicos residentes y de planta a escribir historias de vida de pacientes internados, con resultados muy conmovedores. Hacemos también, aunque con alguna discontinuidad, el análisis de una escultura o pintura relacionada de alguna manera con la medicina, el cuerpo, la enfermedad, en un segmento del ateneo central del hospital que llamamos cariñosamente "Un cacho de cultura". Los efectos han sido por demás interesantes: muchos médicos se han animado a buscar obras y comentarlas, y en general se ha generado un nuevo plano de conversación e interés. En algunos médicos por primera vez, y en todos, una posibilidad de enriquecimiento a través del conocimiento en otros planos de los compañeros de trabajo, sus conceptos y valores.

A MODO DE CONCLUSIÓN. LO QUE PODEMOS Y DEBEMOS HACER CON LA NARRATIVA

En un debate sobre el campo nuevo de las humanidades médicas, dos autores ingleses intercambiaron ideas en forma muy creativa y los problemas planteados se aplican a la posibilidad y los límites de estos programas.

Uno de ellos, Pattison, (15) expresó el temor de que estos proyectos concluyan en una enseñanza formal. Puso como ejemplo el campo de la ética médica, donde luego de un florecimiento en las décadas de los sesenta y setenta, pasó en muchos casos a programas formales con frases hechas y la ausencia de marcos de reflexión cotidiana en el ámbito hospitalario sobre los problemas reales en la cabecera del paciente. Propone como forma de prevención el desarrollo de un movimiento de humanidades-narrativa "inclusivo, laxo, poroso y mal definido", integrado por individuos y grupos, médicos prácticos, psicólogos y teóricos con diferentes formaciones, habilidades y perspectivas. El único motivo de unión sería el interés en todos los aspectos que tienen que ver con el ser humano y el ser saludable.

Como respuesta, R. S. Downie, (16) uno de los líderes del desarrollo de esta temática en Gran Bretaña, coincide en la necesidad de que las humanidades médicas y los aspectos vinculados al arte y la salud se mantengan como módulos especiales, siempre voluntarios, y no como programas constantes con asistencia obligatoria. Los módulos deberían ser dictados por un profesional formado en humanidades y un médico o profesional de la salud interesado en estos temas. Ambos coinciden, así como Rita Charon, en la dificultad

de medir los resultados de estas intervenciones pedagógicas-vivenciales con metodologías cuantitativas y en lapsos cortos, e incluso se oponen a que se busquen resultados mensurales. Es razonable pero probablemente inviable a largo plazo.

Creo que la posibilidad de ensayar este tipo de programas en los servicios de cardiología con actividad académica y residentes es perfectamente factible, de bajo costo, y podría ser un sólido aporte a la formación de médicos más empáticos, "cultos", y con una mejor relación médico-paciente y con su propia carrera profesional. Tomar conciencia de que no estamos haciendo nada por mejorar la compleja realidad de la formación emocional y humanística de los médicos jóvenes nos debe colocar en el punto de partida de un cambio que está totalmente en nuestras manos.

Dr. Carlos D. Tajer^{MTSAC}

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.
2. Kleinman A. The divided self, hidden values, and moral sensibility in medicine. *Lancet* 2011;377:804-5.
3. Hernández N. Una nueva tesaurosismosis: la broncemia. La publicación original es del Dr. Narciso Hernández, médico cordobés, pero no he podido encontrar la cita bibliográfica. Circulan por Internet varias versiones. <http://www.lavoz.com.ar/blogs/broncemia-enfermedad-medicos>.
4. Heath I. A fragment of the explanation: the use and abuse of words. *Med Humanities* 200;27:64-9.
5. Orlander JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents': first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med* 2002;17:825-31.
6. Jackson P, Meltzoff A, Decety J. How do we perceive the pain of others? A window into the processes involved in empathy. *Neuroimage* 2005;24:771-9.
7. Dyer KA. Toxic intern syndrome. *West J Med* 1994;160:378-9.
8. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ* 2000;320:745-9.
9. Escriba-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit* 2002;16:487-96.
10. Medical Humanities - <http://mh.bmj.com/>
11. Literature and medicine - <http://muse.jhu.edu/journals/lm/>
12. Charon R, Wyer P. NEBM working group. Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008;371:296-7.
13. Charon R. Narrative Medicine. Honoring the stories of illness. Oxford University Press; 2009.
14. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=69837>
15. Pattison S. Medical Humanities: a vision and some cautionary notes. Original article. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2003;29:33-6.
16. Downie R. Medical humanities: a vision and some cautionary notes. Commentary. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2003;29:37-8.