BOHÓRQUEZ, Francisco. El diálogo como mediador de la relación medico - paciente. En: Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]. Vol.1, No.1 (Julio-Diciembre de 2004). Disponible en Internet: <a href="http://revista.iered.org">http://revista.iered.org</a>>. ISSN 1794-8061

Copyright © 2004 Revista ieRed.

Se permite la copia, presentación y distribución de este artículo bajo los términos de la Licencia Pública Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs v2.0 la cual establece que: 1) se de crédito a los autores originales del artículo y a la revista; 2) no se utilicen las copias de los artículos con fines comerciales; 3) no se altere el contenido original del artículo; y 4) en cualquier uso o distribución del artículo se den a conocer los términos de esta licencia. La versión completa de la Licencia Pública Creative Commons se encuentra en la dirección de Internet: <a href="http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/">http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/</a>

## EL DIÁLOGO COMO MEDIADOR DE LA RELACIÓN MEDICO - PACIENTE

Francisco Bohórquez <u>frabohorquez@hotmail.com</u>

Departamento de Medicina Interna Universidad del Cauca Popayán - Colombia

La relación médico paciente ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. Más allá de los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, básicos para la práctica médica e imprescindibles en la formación del médico y demás profesionales de la salud, el diálogo se ha constituido desde la antigüedad en la base de la entrevista clínica, la guía para la exploración del paciente y en el medio terapéutico fundamental. Este trabajo explora el rol clínico, pedagógico y curativo de la comunicación entre médico y paciente cuando se desarrolla como diálogo y conversación; diferenciándola de procesos como la discusión y otras formas de comunicación menos interactivas y transformadoras. Se establece el papel dialógico y dialéctico de esta interacción, que permite descubrir el sentido que tiene la enfermedad, motivando comprensión, acuerdos y aprendizajes recíprocos que hacen de la comunicación médico paciente un proceso pedagógico dialogante. Se propone enfatizar y desarrollar explícita y sistemáticamente procesos y prácticas en las escuelas de medicina y en programas de educación continuada; que permitan elevar la conciencia de profesores y profesionales de la salud, de la trascendencia formativa que tiene el diálogo para la práctica clínica.

#### INTRODUCCIÓN

La relación médico - paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina. El acto médico se fundamenta en un convenio de confianza que obliga al médico a ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes, sin embargo, este convenio está amenazado por la creciente legitimación social de intereses particulares utilitarios, aunado a la presión de organizaciones de salud cuyo fin central es el ánimo de lucro, que han acrecentado en el médico el rol de agente mercantil. Ello ha contribuido a distorsionar la responsabilidad que tiene el médico frente a su paciente como dispensador de cuidado, apoyo y curación en la salud y la enfermedad.

El presente trabajo es una exploración del papel que cumple la comunicación entre médico y paciente, desde la perspectiva de la educación médica en la búsqueda de caminos que cualifiquen el rol del profesional de la salud en cuanto persona que contribuye a la humanización de si mismo y sus congéneres.

Con las variaciones propias de cada cultura, el rasgo esencial de la relación médico paciente es el *encuentro* entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela. Los roles propios del médico según la O.M.S. son promover la salud, prevenir la enfermedad, tratar las patologías y rehabilitarlas, roles que Alejandro Goic sintetiza en diagnosticar, pronosticar y tratar; empero cada una de estas acciones es más compleja, incierta, inestable, única y conflictiva de lo que usualmente los textos académicos, la enseñanza universitaria o las formulaciones de competencias suelen plantearlas y son el resultado de un largo aprendizaje teórico y práctico vivenciado, es decir de un conocimiento que genera la experiencia profesional.

Como encuentro entre dos personas la relación médico-paciente implica una interacción comunicativa destinada en principio a facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico; pero en muchos casos, permite la posibilidad adicional de promover procesos de transformación y desarrollo humano en sus participantes. Para alcanzar esta posibilidad se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal, en la cual surja una *amistad*, entendiendo amistad como la plantea Pedro Laín Entralgo, en el sentido cristiano del término, lo cual implica que existan dos condiciones: *projimidad*, es decir un amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido y *confidencia*, que consiste en infundir en el otro lo que en la propia persona es más íntimo, más "propio".vi

La propuesta que haré, es que el tipo de interacción comunicativa que permite convertir tal encuentro en amistad es el *diálogo*. El diálogo ha sido reconocido desde la antigüedad como proceso fundamental de la comunicación humana que permite el conocimiento del otro, del mundo, y especialmente de uno mismo; como lo demostrara magistralmente Platón en sus Diálogos. El diálogo es una interacción creativa en el curso de la cual surgen emociones, pensamientos y se generan nuevas actitudes, que pueden determinar cambios significativos en las persona y en el caso de la atención médica, influir trascendentalmente sobre el estado de salud.vii En la relación médicopaciente fomenta un ambiente que además de facilitar la búsqueda diagnóstica y terapéutica, hace que la relación médico paciente no se limite a una relación técnica e instrumental, dándole su fundamental categoría humana.

# CRISIS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico - paciente, sigue siendo, por encima de los continuos progresos en los conocimientos científicos y desarrollos tecnológicos, el sustento de la práctica médica y en consecuencia el escenario fundamental de la formación del médico; sin embargo los cambios históricos han determinado que fuerzas sociales, económicas, políticas, tecnológicas o culturales hayan distorsionado este fundamento esencial, involucrando a los profesionales de la salud en procesos que desvirtúan su misión central.

Históricamente en tensión, la relación médico paciente entró en su crisis más evidente y profunda con la modernidad. La *Modernidad* que cubrió para muchos el período transcurrido entre los siglos XV y XIX (del Renacimiento al Positivismo); ha sido caracterizada por las transformaciones revolucionarias que se dieron en los todos los ordenes de la vida social dados tres elementos esenciales: la secularización de la vida civil, el poder del desarrollo científico y tecnológico y la transformación política de los estados que desembocaron en la revolución industrial. Sin embargo, en la Europa de finales del siglo XIX, a pesar de tantas revoluciones, las condiciones humanas de grandes masas de población era paupérrima y el desarrollo industrial y económico lejos de permitirle superar al individuo común su condición de pobreza, ignorancia y dependencia, las acrecentaba.

Además del trabajo de médicos que contribuyeron a identificar la relación entre trabajo, nivel socioeconómico y enfermedad, dos notables pensadores, Frederic Engels y Karl Marx denunciaron abierta y directamente con La situación de la clase obrera en Inglaterra (1845) y El Capital (1867), respectivamente, los efectos de la industrialización sobre las condiciones humanas de la mayoría de la población. Se hizo evidente que las condiciones de salud eran la consecuencia no solo de largos períodos laborales dados en precarias, insalubres y riesgosas condiciones de trabajo, con bajos salarios, sino que además había una *medicina para ricos y otra para pobres*.xi Las condiciones de los hospitales públicos de Europa hasta el siglo XIX eran denigrantes: el pobre se entregaba sin condiciones a una atención de beneficencia, destinada a atender las situaciones extremas de enfermedad con la retribución inexcusable de prestar su cuerpo vivo o muerto al servicio de la enseñanza clínica; no solo se carecía de acciones que protegieran la salud de los pobres, sino que la atención de la enfermedad era en si misma calamitosa, el individuo carecía de la condición de sujeto, porque se lo convertía en objeto, a lo sumo en órgano, como nos lo plantea Foucault en el Nacimiento de la clínica.xii

La esencia de la crisis en la relación médico-paciente está determinada por una actitud que subvalora y degrada al paciente a la condición de objeto, generando un trato alienante y cosificado que deshumaniza la interacción. El término deshumanización señala el deterioro de los valores y atributos, en la actitud y trato deseables en el sistema de salud. xiii Des-humanización es des-personalización. Dicha despersonalización de la medicina se ha explicado como un producto de trasformaciones políticas, económicos, legales, culturales y tecnológicas, que con una postura racionalista estimulan actitudes utilitarias y eficientistas en la RMP, lo que reducen la relación a una interacción técnica instrumental que ha cambiado el lenguaje y presiona cambios en la interacción médico-paciente. El paciente es ahora "cliente" o a lo sumo "usuario" y los profesionales de salud, son ahora "prestadores de servicios"; de allí han surgido cambios que regulan la RMP a través de leyes y normas, apareciendo diversas intermediaciones generadoras de tensiones que son fuentes de masificación, exclusión, estratificación, limitación, distracción y demora de la relación, considerándose que llegan a ser iatrogénicas en sí mismas, es decir, las condiciones

<sup>1</sup> Focault hace notar que en el proceso de comprensión de la enfermedad en los clínicos franceses deriva de la anatomía patológica, que solo estudia cadáveres o tejidos muertos y al profundizar en ello termina considerando la enfermedad como trastornos fisiológicos de los tejidos que alteran órganos. De esta forma, la sede de la enfermedad no está en el ser humano sino en sus órganos y a ellos es que se dirige el médico.

contemporáneas bajo las cuales opera la atención de la salud enferman adicionalmente y no solo al paciente, también contribuyen a desvirtuar, constreñir y degradar el rol personal y profesional del médico<sup>xiv</sup>; en ello ha sido determinante la aplicación de políticas neoliberales a los sistemas de salud, como sucede en nuestro país actualmente con la aplicación de la Ley 100 y en general en América Latina con legislaciones similares.<sup>xv</sup>

La humanización en medicina se refiere a los valores más trascendentes que surgen en la relación médico paciente. Para el logro de una RMP humana se considera que esta debe incluir al menos: libertad de elección (autonomía), competencia profesional (idoneidad), buena comunicación (diálogo), compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia conflictos de interés (especialmente económicos)<sup>xvi, xvii</sup> Estas cualidades son evidenciables a través de las actitudes y conductas del médico hacia el paciente en la comunicación que establece con él y frecuentemente los códigos de ética médica se han preocupado de definirlas y regularlas. <sup>xviii xix</sup> Sin embargo regular normativamente la RMP resulta insuficiente, de ello da cuenta el creciente volumen de demandas por mala práctica a los médicos y a las instituciones de salud, donde las deficiencias de la comunicación entre médico y paciente son la característica común sobresaliente; <sup>xx xxi</sup> de allí que la comunicación se entienda como un componente fundamental de la humanización de la RMP.

#### COMUNICACIÓN EN LA RELACION MÉDICO-PACIENTE

El encuentro entre el médico y el paciente implican una interacción comunicativa. Comunicación proviene de la raíz latina *communicāre*; que implica hacer a otro *partícipe* de lo que uno tiene; *descubrir*, *manifestar* o hacer *saber* a alguien algo; *conversar*, tratar con otro corporalmente, de palabra o por escrito; *transmitir* señales mediante un código común entre un emisor y un receptor; establecer medios de acceso entre poblaciones o lugares; *consultar* con otros un asunto, tomando su parecer; *comulgar*, o finalmente, extenderse, propagarse. La comunicación médico-paciente implica prácticamente todos estos aspectos, que tienen diversos matices y connotaciones históricas, científicas, culturales, legales, filosóficas, lingüísticas, antropológicas y epistemológicas.

La comunicación entre médico paciente vigente en occidente se desarrolla a partir de un proceso investigativo, que se consolidó en Europa en el siglo XIX bajo el apelativo de Método Clínico. Basado en el método científico, el método clínico² fue desarrollado por los grandes padres de la medicina francesa, fundamentándose en el Método

El método clínico es la aplicación del método científico o experimental de las ciencias aplicado en el estudio de pacientes individuales, fue sistematizado por Claude Bernard en su libro "Introducción al estudio de la medicina experimental" y consisten en cinco etapas: idea a priori, criterio experimental, determinismo, duda y contraprueba; que en clínica se pueden enunciar como formulación del problema, información, hipótesis, contrastación y comprobación. El problema es la manifestación de las quejas del paciente que es interpretado por el médico con un lenguaje estandarizado; la obtención de la información se da en el interrogatorio y el examen físico (antecedentes, síntomas, signos, evolución, respuesta a tratamientos y otros hallazgos), las hipótesis diagnósticas son los diagnósticos presuntivos; la contrastación son los análisis que permiten valorar, ajustar y precisar un diagnóstico y para ir a la comprobación final, se recurre en la mayoría de casos, aunque no en todos, a los estudios de laboratorio.

Experimental de Claude Bernard.\*\*\*ii La clínica francesa llamada también *medicina hospitalaria* por haber surgido en los hospitales públicos de París, promueve una mentalidad anatomo-clínica que descansa en dos grandes pilares: la semiología y la anatomía patológica; de allí que los métodos centrales de la entrevista clínica sean el interrogatorio y el examen físico, el primero busca identificar y caracterizar la historia pasada y presente del paciente, para obtener como evidencias centrales los antecedentes, manifestaciones y cambios sintomáticos y el segundo orientado a establecer sus condiciones y manifestaciones corporales.\*\*\*

Como método científico la comunicación médico-paciente tiene un carácter empírico-experimental, hipotético-deductivo, riguroso, sistemático, estandarizado y verificable, que conduce el proceder profesional hacia una actitud cognitiva dialéctica y exploratoria muy valiosa, pero que dentro de los parámetros clásicos aún vigentes se suele centrar en lo orgánico, dando menor valor a los fenómenos psíquicos, culturales, espirituales y sociales que son frecuentemente excluidos del análisis clínico. Surge así un primer obstáculo, desafortunadamente frecuente, de la relación médico-paciente: centrarse en los problemas anatómicos y fisiológicos, desatendiendo las demás dimensiones de la persona, lo que si bien permite asegurar una eficaz apreciación de los trastornos orgánicos, ignora o subvalora aquellos aspectos relacionados con el comportamiento, la sociedad y la cultura que permiten contextualizar y percibir fenómenos relacionados con el origen de la enfermedad, las estrategias terapéuticas y su prevención.

La comunicación médico paciente se consigna y formaliza mediante la *historia clínica*, que se constituye en el instrumento mejor aceptado desde el punto de vista profesional, jurídico y académico. XXIV XXV La historia clínica se desarrolla sobre la base del método clínico, como una herramienta empírica de investigación que permite el registro, la sistematización y el seguimiento de los hechos acaecidos en el encuentro del médico con el paciente, y que puede consignarse por escrito o en registros magnéticos, informáticos o audiovisuales. Ella se constituye en evidencia y memoria de la RMP, para lo cual emplea como método de indagación la *entrevista clínica*. La entrevista médica tiene varios propósitos que incluyen el conocimiento mutuo de dos seres humanos, el abordaje, estudio y análisis de una problemática que motiva el encuentro, la elaboración de unas hipótesis diagnósticas, su comprobación, el planteamiento de un diagnóstico y con este el desarrollo de un plan terapéutico. XXVI

La entrevista médica se inicia con una aproximación mutua entre médico y paciente, de reconocimiento general en la que cada uno se forma una primera impresión del otro, a manera de observación recíproca, en la cual el médico asume la iniciativa comunicativa que debe facilitar la confianza y la disposición al diálogo. Posteriormente se aborda el problema fundamental motivo de la consulta y se profundiza en el conocimiento del paciente mediante un proceso sistemático de preguntas y el examen físico. El lenguaje y la actitud empleados son esenciales, consciente e inconscientemente se hace una interpretación del lenguaje verbal y corporal que permite comprender la situación del paciente al médico y evidenciar la disposición del médico al paciente. En esta fase se busca recolectar, analizar y contrastar la información necesaria para plantear un diagnóstico presuntivo, que suele requerir una confirmación clínica. Finalmente se elaboran las posiciones comunes; si se ha definido el diagnóstico se consideran las alternativas de tratamiento; de lo contrario se plantea la realización de pruebas diagnósticas complementarias. Aquí debe quedar claro para el médico las

circunstancias y problemas del paciente y para este la interpretación que hace el médico de su situación y el plan a seguir. La despedida cierra la entrevista con una demostración del afecto suscitado, y una acto de esperanza y fe para alcanzar el mejor de los resultados. xxvii

Si bien estos son conductas que se enseñan en los cursos de Semiología, una de las advertencias más frecuentes que hacen los profesores de esta área es que la semiología se aprende toda la vida, lo que implica no solo el hecho que muchas técnicas exploratorias requieren además del entrenamiento de años de práctica para obtener de ellas el mayor provecho, de la constante actualización para reforzar lo conocido y aprender lo nuevo; además implica que los comportamientos comunicativos se van adquiriendo como parte de aprendizajes y de cambios personales que implican maduración y desarrollo humano.

La historia clínica se sustenta de esta manera sobre un proceso comunicativo. La comunicación representa la manifestación más compleja y elevada en las relaciones humanas y la práctica médica es un tipo específico de relación interpersonal donde resulta imprescindible que el profesional de la salud sea capaz de utilizar métodos y procedimientos efectivos de interacción social y psicológica, como elemento esencial de que le permite cumplir con su rol, alcanzar las metas de su práctica y reconocer al ser humano como persona. El proceso comunicativo caracteriza el comportamiento y el desarrollo humano por su complejidad y especificidad, situación que determina toda relación interpersonal. En el desarrollo personal cada individuo adquiere experiencias en sus actividades, mediante las cuales se representa el mundo y le va dando un significado específico. Mediante la comunicación con otros seres va cambiando sus representaciones y significados, proceso que tiene un impacto transformador y enriquecedor para la personalidad, lo que tiene una importancia vital en la relación médico-paciente. xxviii

Si bien se espera que las habilidades comunicativas maduren con la experiencia clínica, se considera fundamental entrenarlas en los ambientes formativos del pregrado universitario v por ello hacen parte del currículo médico en Norteamérica, xxix, xxx Reino Unido, xxi Australia, xxi y otros países desarrollados. Recientemente, a raíz de la introducción de los exámenes de calidad de la educación superior (ECAES) para la carrera de Medicina en Colombia, se han considerado las competencias referidas al comunicar como aquellas que "determinan la capacidad del médico para percibir y entender necesidades específicas que en cuanto a salud y enfermedad vive y manifiesta un paciente o una comunidad y por otra parte, con la habilidad para transmitir su saber y sus acciones de manera que sean claros para los pacientes o las comunidades respondiendo de manera efectiva a sus necesidades. En esta competencia se incluye desde la capacidad para realizar una adecuada entrevista hasta la capacidad para escribir artículos científicos que den cuenta de sus procesos de investigación".xxxiii Dada su reciente introducción y la diversidad de programas de medicina, es pertinente analizar los fundamentos de la comunicación como base de la formación del médico.

# DIÁLOGO: DE LA CONVERSACION A LA DIALÉCTICA

Diálogo, (del lat. dialogus, de dia: por medio de y logos: palabra, conocimiento) es, según el Diccionario de la Lengua Española, una plática entre dos o más personas, que alternativamente manifiestan sus ideas o afectos y cuya característica esencial es la búsqueda de acuerdos; grandes obras como los Diálogos de Platón, el Quijote o el teatro de Shakespeare fueron construidas sobre diálogos. La palabra más afín a diálogo, es conversación (Del lat. conversatio, -onis), que significa hablar familiarmente una más personas entre sí en un ambiente de cercanía e intimidad. xxxiv, xxxv Podríamos en primera instancia afirmar que el diálogo es una conversación en la cual, en un ambiente amistoso, médico y paciente construyen, a partir de sus propios pensamientos, nuevas ideas que les permiten llegar a acuerdos.

Un término vinculado a diálogo es discusión (del lat. discussio, -onis) que se refiere a intercambiar y debatir razones, argumentos o disputas; es propio del análisis o comparación de resultados en una investigación, a la luz de otros existentes o posibles y es también la forma mediante la cual varios expertos, exponen sus puntos de vista para interpretar resultados de su campo de conocimientos; xxxvi toda discusión se da idealmente mediante diálogos, pero no todo diálogo es discusión. Otras palabras relacionadas con diálogo son platicar, hablar, charlar, contar o decir, que implican también intercambios comunicativos; pero frente al diálogo su carácter es trivial, breve o unilateral; es decir son menos interactivas, más formales y lejanas, y además algunas son imperativas. Esto implica que expresan un mensaje que puede no esperar una respuesta equitativa, tienen un carácter más superfluo en sus contenidos, generan menor conocimiento del otro y de lo que se habla y sugieren un intercambio más breve, banal y puntual.xxxvii De esta forma diálogo y conversación comparten una acepción común, se complementan conceptualmente y por tanto representan en contraste con formas comunicativas mas elementales, un encuentro comunicativo significativo, profundo, íntimo, ecuánime, revelador, espontáneo y dotado de sentido.

El diálogo es un arte. A diario hablamos con otras personas sobre muchas cosas, pero como vimos no todas los encuentros comunicativos son diálogos, un verdadero diálogo, conduce a un entendimiento comprensivo y por tanto *creativo*. Una conversación es un encuentro constructivo, donde es el modo de *interacción* el que propicia y permite transformar el pensamiento de quienes interactúan. El diálogo posee una magia que ayuda a esclarecer la mente de quienes dialogan y seguramente por ello la conversación es la base del psicoanálisis y la educación. Lo generado en diálogo no llega a surgir por efecto de monólogos o reflexiones en soliloquio; en el diálogo surge un aprendizaje que se basa en alteridad y reciprocidad; hecho que podríamos equivaler a *comunión*. En este sentido, Gadamer considera que la conversación es un "verdadero diálogo" que intenta realmente conocer en comunidad un determinado *sentido* y que constituye la forma original de la dialéctica. La conversación se entiende como una estimulación recíproca de la producción de ideas, y una especie construcción artística de la comunicación.xxxviii

La dialéctica como arte de llevar una conversación, es al mismo tiempo el arte de mirar juntos en la unidad de una intención, esto es, el arte de realizar conceptos como elaboración de lo que se opina comúnmente.\*\*

En la conversación el que quiere comprender tiene que retroceder con sus preguntas más allá de lo dicho, comprender es algo más que revivir la opinión ajena, es comprender los presupuestos cuya

inconsistencia han evocado la pregunta, es una exploración en lo no dicho. La dialéctica de preguntar y responder genera un fenómeno hermenéutico, que permite que la relación de la comprensión se manifieste por sí misma, en el que se da una fusión de horizontes, que es el rendimiento genuino del lenguaje. Reconociendo que el lenguaje es tan cercano a nuestro pensamiento, como oscuro y poco objetivo en su realización, -aunque inevitable y necesario-; es el medio a través del cual surge la comprensión.

Este momento hermenéutico no es un revestimiento de palabras, sino un fenómeno que surge en forma lingüística y que permite llegar a *hablar la cosa misma;* para lo cual toda conversación presupone partir de un lenguaje común.<sup>xl</sup>

Gadamer insiste en que el acuerdo en la conversación no es un mero exponerse e imponer el propio punto de vista, sino *una transformación hacia lo común*, una entrega donde ya no se sigue siendo lo que se era. La conversación auténtica es fluir sin condición, no hay posibilidades de llevarla en una determinada dirección, lo correcto es decir que *entramos* y nos *enredamos* en ella, donde los dialogantes son más los dirigidos por ella que los directores de la misma. La conversación es una creación a dos o más voces de una realidad en si misma, es un hecho lingüístico a través del cual *interpretamos*, llegamos a acuerdos no tanto porque entendemos una lengua, sino porque *se atiende al otro*; cuando se da valor a sus puntos de vista, poniéndonos en su lugar (empatía), se permite que consideremos al otro no como una *individualidad* (como sucede en la relación médico-paciente convencional), sino como acto de sintonía donde él y yo nos entendemos por que nos asumimos como interlocutores dispuestos a *hacer valer en si mismo lo extraño y lo diverso* recíprocamente. xii

Se habla entonces de *conversación hermenéutica* cuando una de las partes sólo puede llegar a hablar a través de la otra parte, donde además de un lenguaje común, se requiere que el tema sea la expresión de la cosa común de ambos; siendo el lenguaje el medio en que se realiza la comprensión misma y la forma de la realización de la comprensión es la interpretación. *Todo comprender es interpretar* y toda interpretación se realiza en el medio de un lenguaje que pretende dejar hablar al objeto y es al mismo tiempo el lenguaje propio de su intérprete.<sup>xiii</sup>

El diálogo, por lo anterior, más allá de ser una palabra con las que nos referimos a ciertos actos comunicativos es una *actitud*. Asumimos un comportamiento dialógico cuando interactuamos con profundidad y amplitud ante el conocimiento de lo que se habla, reconocimiento de la persona con quien se habla, disponibilidad para dedicar el tiempo necesario, compromiso con el otro, equidad en su trato y pluralidad; incluyendo además el hecho que cada ambiente cultural y social donde se interactúe determinan sentidos específicos. Estas actitudes implican actos creativos, altamente efectivos en la interacción humana, que tienen la propiedad de generar nuevas ideas; con una gran potencialidad transformadora del pensamiento. El diálogo como actitud, es una forma de pensamiento de la que surge su carácter dialógico: la dialéctica.

Dialéctica proviene del verbo griego *dialegomai*, que significa también dialogar, pero en un sentido filosófico. En los diálogos de Platón la dialéctica es desarrollada en el diálogo con "Fedro", en el que Sócrates en contraposición a un discurso retórico elaborado por Lisias sobre el amor, demuestra la necesidad del orden en la exposición y claridad de las ideas. El procedimiento dialéctico es encontrar, en primer lugar, una

característica común dentro de la multiplicidad de ideas, para definir claramente el objeto del discurso, no como simple unión de conceptos, sino como búsqueda de una particularidad común partiendo de lo disperso y el segundo paso consiste en encontrar las características que diferencian al objeto de todos aquellos que comparten su pluralidad. Estos dos pasos deben ser simultáneos, la dialéctica supone ver unidad en la multiplicidad, requisito del pensamiento complejo y holístico. xiiv

La dialéctica ha existido en el pensamiento filosófico expresando las contradicciones de la lógica que pueden dividirse en dos grandes categorías de oposiciones: en primer lugar la oposición de lo subjetivo - la *doxa*- con lo objetivo - la *episteme*- y en segundo lugar la oposición de lo formal con lo material; se considera que la dialéctica es el resultado del dualismo entre Espíritu (o Mente) y Materia y de ésta se derivarían todas las contradicciones. La dialéctica es dualidad, es decir, dialéctica implica la presencia de dos puntos de vista contradictorios, que generan inestabilidad, movimiento y conflicto; ante las situaciones dialécticas hay búsqueda de una resolución: la cancelación de la contradicción, precisamente porque la contradicción es lo que no puede mantenerse, lo que tiene que desaparecer, fluir y cambiar.xiv

El diálogo socrático, presentado por Platón en sus Diálogos, pone de manifiesto algunos principios, que han sido la fuente de la dialéctica: El diálogo platónico se ha comparado a los prólogos de las tragedias: lo que se intenta es referir la acción dramática al pasado y con el epílogo unirla al futuro. Es un diálogo sin tiempo y sin historia, subjetivo, irónico, donde no interesa la vida real directamente, sino en la movilización del pensamiento. Es por ello más un proceso pedagógico, un enseñar a pensar, a buscar principios y orientaciones generales para la vida. \*Ivi Desde este punto de vista es importante el sentido que tiene el *diálogo* y que Gadamer descubre en los Diálogos.

Gadamer encuentra que las preguntas de los Diálogos comparten ciertas características comunes. En el acto de preguntar hay una ignorancia implícita (la docta ignorantia), que permite hacer conciencia de nuestra limitación del conocimiento y por ello impulsan el deseo de conocer; además, las preguntas tienen una intención, que no es neutra, tienen un sentido que orienta la respuesta. Preguntar es más difícil que responder, se requiere desarrollar un poder de observación que permite saber que es lo que no se sabe; la pregunta amplía el campo de referencia de análisis, nos permite identificar un contexto, establecer relaciones, identificar enfoques; cuando se pregunta se despliegan múltiples horizontes ante un problema dado y se da la posibilidad de generar nuevas preguntas y respuestas, hecho que abre el diálogo; la pregunta genera un conflicto al oponer si o no. Aunque abre el campo de respuestas, la pregunta conmina a tomar una posición en el que responde, ayudando a construir el camino de la búsqueda de la verdad; la pregunta es más un padecer que un hacer: en la medida que el ser humano se enfrenta consigo mismo en el acto de vivir, las experiencias generan dificultades que cuestionan la conciencia y exigen comprensiones que evocan preguntas.

El arte de preguntar y buscar la verdad *no es imponerse o vencer al otro*, el diálogo tiene un sentido ético, la conversación se da valorando y respetando al otro y sus puntos de vista, lo importante no es quien tiene la razón, sino construir en compañía un camino que esclarezca el conocimiento. El diálogo busca que el otro encuentre sus propias respuestas, se trata no de responder al otro sino de *iluminar* el camino hacia las

propias verdades, *ayudar a dar a luz*, como hacía la madre de Sócrates que era partera.xivii En medicina, este modelo de diálogo ha sido retomado especialmente por las escuelas psicoanalíticas, que han permitido encontrar en el diálogo un modelo de comprensión del ser y de la enfermedad, buscando su sentido.xiviii

## DIÁLOGO: BÚSQUEDA DE SENTIDO Y APRENDIZAJE

La medicina occidental se ha concentrado en la detección y manejo de una extensa variedad de patologías orgánicas con rigurosidad y virtuosismo, haciendo énfasis en los aspectos biomédicos, pero frecuentemente separando o fallando en abordar apropiadamente los aspectos mentales, afectivos o espirituales del paciente, al igual que los horizontes sociales o ambientales, surgiendo limitaciones y resistencias para relacionarlos con las manifestaciones clínicas.xiix Sin embargo la misma medicina occidental, que en el siglo XIX detectaba las grandes distancias de la enfermedad de ricos y pobres, participando además en el mantenimiento de estas diferencias, fue protagonista de un cisma que señaló la importancia de la comunicación en la relación médico paciente.

En 1885 el joven médico vienés Sigmund Freud inició sus estudios con el eminente neurólogo francés Jean Martin Charcot (1825-1893), considerado el padre de la neurología clínica. La histeria estaba de moda por entonces en París y Charcot se había hecho famoso por los tratamientos de la misma, a la que consideraba una entidad orgánica típica; sin embargo Freud comenzó a disentir de su maestro al considerar que esta entidad no respondía a los patrones clásicos anatómicos y que debía considerársela como una experiencia vivida desde el interior del cuerpo del paciente, reconociendo según Laín Entralgo por primera vez en medicina al paciente como *sujeto*. I

El enfoque psicoanalítico de la enfermedad planteó una nueva visión que buscaba complementar y superar el enfoque fisiopatológico-clínico, restringido comúnmente a lo orgánico, y abrió las puertas a muchos otros médicos que se motivaron a estudiar y profundizar en el papel de la psiquis en los procesos generadores de la enfermedad y posteriormente llevó al surgimiento de la medicina psicosomática, propiciando además nuevas miradas del orden filosófico, sociológico o antropológico en torno a la salud y la enfermedad. El psicoanálisis descubrió nuevas dimensiones de la enfermedad que abrió las puertas a una más profunda comunicación entre médico y paciente."

A partir de la comunicación psicoanalítica entre médico y paciente ocurre un intercambio humano intenso y profundo que permite a sus protagonistas compartir emociones y vivencias que hacen parte del "mundo interno" del otro, por lo que la relación pone en evidencia la existencia de este mundo interno, subjetivo y personal a ambos oyentes, al que escucha y al que lo relata. La comunicación permite un "descubrimiento" del otro, pero también es un autodescubrimiento y una oportunidad de redescurimiento del mundo, es la que permite al individuo autoafirmarse y resignificar el mundo externo a partir de la develación del mundo interno de cada participante. <sup>[ii]</sup>

En la RMP la comunicación que humaniza es el diálogo. Dos enfoques que pueden orientar y fundamentar el diálogo como acto terapéutico, son el enfoque fenomenológico y el enfoque pedagógico. El movimiento fenomenológico fue iniciado

por Edmun Hursserl (1859 – 1938) y continuado, entre otros, por Heiddeger, Buber, Jaspers, Sartre, Merleau-Ponty y Levinás. La fenomenología planteaba Husserl es *volver a las cosas mismas*, entendiendo que las cosas no son objetos sino vivencias inmanentes de la conciencia, fenomenolgía es la ciencia de los fenómenos que se manifiestan en la conciencia y busca describir los contenidos de la misma *tal como son*. La fenomenología de las investigaciones lógicas busca caracterizar desde el análisis psicológico los fenómenos de la conciencia desde su intencionalidad, por lo que se requiere *la suspensión del juicio*. Para Merleau-Ponty fenomenología es el estudio de las esencias, es una búsqueda de sentido. A partir de la filosofía fenomenológica se desarrollaron diversas formas de filosofía y psicología existencial.

Uno de los enfoques fenomenológicos difundidos desde el psicoanálisis es la Logoterapia. Fundada por Victor Frankl, un psiquiatra austriaco que estuvo prisionero en los campos de concentración nazi. La Logoterapia plantea que su acción terapéutica a través del diálogo entre el terapeuta y su paciente y su labor fundamental es la búsqueda de sentido existencial en los conflictos humanos. Frankl cree que cuando el hombre busca ser feliz, lo que en realidad persigue no es tanto la felicidad en si misma, sino tener motivos para ser feliz. Ese motivo va más allá de sí mismo, ya que el hombre esta siempre orientado hacia algo más que el mismo no es, hacia un sentido que lo realiza como ser humano, esta tensión genera insatisfacción y esta es la que impulsa al ser humano a buscar y trascender, siempre hay una actividad, persona u objeto que lo lleva fuera de si. Esto hace del humano un ser en relación. Por ello la persona humana busca y necesita siempre del diálogo. El vacío existencial se llena cuando surge el encuentro entre yo y tú en un nosotros donde las singularidades no desaparecen. [17]

La conversación entre médico y paciente es una entrega mutua, que posibilita esclarecer aspectos de la vida del paciente relacionados directa o indirectamente con la salud y enfermedad, a veces tan íntimos que este no se atrevería a expresarlos fácilmente a otra persona que no fuera un médico, por fuerza de esta particular forma de confesión personal que es la visita a quien puede comprender y ayudar a su bienestar. Esta particular empatía por el otro es fundamentalmente ética; para Malherbe no hay un "yo" sin "tú", ni "tú" sin "yo", ni "él" sin "nosotros". Somos seres éticos por que le damos un valor a nuestras relaciones con los demás y con la naturaleza. Estas relaciones no existen separadamente, porque como humanos estamos insertos en una estructura de reciprocidad y esa reciprocidad se representa en el diálogo. La palabra es a la vez, el objetivo, el lugar y el medio de la reciprocidad; el ser humano es un ser en comunicación que logra llegar a ser, gracias a la presencia, la comunicación y el apoyo de sus congéneres.\(^{\mu}\) El diálogo en la relación médicopaciente la atmósfera de intimidad, y el análisis razonable y equitativo provee la búsqueda de comprensiones y acuerdos.

Varios médicos se han preocupado por el papel del diálogo en la relación entre médico y paciente. Además de permitir el abordaje y búsqueda de soluciones al problema de salud consultado, el diálogo contribuye a que el paciente analice aspectos de su vida que influyen en su salud y a que el médico aprenda de las diversas facetas de la condición humana, a ser más tolerante, comprensivo y asertivo. El médico es la primera medicina decía el psiquiatra húngaro Michel Balint, ya que a través de su entrega en el diálogo éste fomenta la respuesta terapéutica. Vi El diálogo según Martín

Buber es un encuentro entre dos personas que se perciben, aceptan y confirman, es una mutua inclusión del otro, es un proceso generador de ideas y afectos, de nuevos conocimientos y actitudes.\(^{\vii}\) Mediante la conversación, los hechos, percepciones, ideas, valores, juicios, concepciones, representaciones, afectos, reacciones y conductas se van transformando y dando sentido a las situaciones y a la vida, motivando cambios y resolución de conflictos ocultos tras las manifestaciones orgánicas.\(^{\viii}\)

Desde el enfoque pedagógico, Louis Not ha propuesto una relación profesor – estudiante centrada en el diálogo, modelo que ha denominado Enseñanza Dialogante. IIX Not señala que el modelo de educación más clásica se ha dedicado a una enseñanza en *tercera persona*, en la cual el alumno se asemeja a un objeto que se va formando a través de acciones que se ejercen sobre él y el educador, actúa como único sujeto activo, constituyéndose en el centro de iniciativas y gestión de las actividades educativas. Ante este modelo diferentes pedagogos de la Escuela Nueva como Freinet o Dewey plantearon hace un siglo un modelo en el cual el estudiante se convierte en el centro de las iniciativas, dinámicas y procesos educativos, que son direccionados desde la dinámica interna del estudiante que se hace sujeto de formación; por lo que denomina a esta enseñanza en *primera persona*.

Reconociendo estos dos modelos como abstracciones ideales y extremas, que representan enfoques opuestos y excluyentes el uno del otro, advierte que en la educación surgen contradicciones fundadas en estas concepciones. Para solucionar esta antinomia Not propone una síntesis: se requiere un sujeto que enseñe, pues si se trabaja sin maestro, las tentativas acaban justo en el momento en el que el trabajo debería empezar (Alain, 1959)<sup>lx</sup> y también de un sujeto que aprende, pues todo el aprender está en el sujeto que aprende, no en el que enseña (Maritain, 1969).<sup>lxi</sup> Para garantizar la presencia de los dos en una situación democrática, se puede dar una formación en segunda persona, donde cada uno de los dos sujetos es un yo y a la vez el tú del otro, dándose una identidad que garantiza la igual dignidad de cada uno, su libertad de iniciativa frente al otro y la alteridad que pone cada uno en su irreducible originalidad.

Esta situación lleva a una redefinición de la relación pedagógica basada en el papel de autoridad que tiene el maestro, dada por el conocimiento y la experiencia, que le permiten orientar diversos caminos de búsqueda del conocimiento; y en el papel de cada estudiante como constructor de su propio saber. La formación en segunda persona surge en síntesis de la interacción de las actividades que cada cual debe aportar hacia una meta común, que para uno es el aprendizaje y para el otro es la enseñanza que fomenta el aprendizaje; de lo que surge una dialéctica del que enseña y del que aprende que se fundamenta en el diálogo. Cada uno se convierte en centro de sus propias iniciativas y acciones articuladas respecto a las del otro, lo que se caracteriza por un aprendizaje constituyente, es un aprendizaje autónomo que estructura (construye) el saber mediante una enseñanza dialogante.

# EDUCACIÓN Y PRACTICA MEDICA: ¿CUÁNDO Y CÓMO CAMBIAR?

"La entrevista médica es el instrumento más poderoso, sensible y versátil de que dispone el médico" A pesar del despliegue y énfasis que se hace en las modernas tecnologías, todo médico sabe que ninguna de ellas puede sustituir el diálogo con el paciente. Sin embargo, se ha evidenciado importantes problemas de comunicación, por ejemplo, en un estudio con médicos residentes estos interrumpían la conversación de sus pacientes antes de que estos terminaran de hablar, en promedio a los 12 segundos de comenzar a manifestar sus preocupaciones, siendo más frecuente que esto sucediera de parte de los médicos varones que de las mujeres. [xiiii]

Otro factor involucrado es tiempo dedicado por los médicos a los pacientes; unque se requiere dedicar un tiempo suficiente a la consulta (alrededor de 18 minutos en estudios norteamericanos), parece ser más importante la actitud del médico ante el paciente; los pacientes perciben que se les ha dispensado más tiempo y se sienten más satisfechos, cuando hay una actitud de interés, dedicación y entrega del médico a los problemas del paciente. Livi La calidad de la comunicación es tan importante que, se ha demostrado que hay una relación directa entre las demandas por mala práctica con una deficiente calidad comunicativa.

El médico de hoy, al servicio de entidades de salud atiborradas y en crisis, no solo suele ser apabullado por el sufrimiento y dolor de sus pacientes; si no que es hostigado a diario por crecientes volúmenes de información, tecnologías, protocolos, leyes y normas que cambian continuamente; siendo difícil discernir cómo cumplir cabalmente con la esencia de su acto: ser competente y estar al servicio del bienestar de sus pacientes. Una forma de retomar el camino extraviado es aprovechar el enorme potencial que tiene el diálogo del profesional de la salud con su paciente y encausarlo como proceso formativo.

La comunicación entre médico y paciente se aprende en la escuela de medicina y posteriormente se van madurando y desarrollando en la práctica profesional, por ello este proceso tiene implicaciones curriculares. Ha sido tradicional que las actitudes, concepciones y prácticas de tipo comunicativo entre médicos y pacientes se aprendan en forma tácita y espontánea, a partir de las experiencias que observan los estudiantes de sus profesores. Pero cada vez hay más propuestas de enseñanza explícita y planificada con enfoques pedagógicos, psicológicos y sociales que plantean desarrollar consciente y sistemáticamente las habilidades comunicativas para hacer más pertinente, asertiva y formativa la RMP.

Conocer y mejorar la comunicación entre médico y paciente puede mejorar la calidad de la atención y reducir las quejas y demandas por mala práctica, la humanizando la práctica médica. En el proceso de formación del médico la comunicación con el paciente adquiere un valor primordial al convertirse esta en el medio de cualificar la práctica médica tanto humana como profesional y se han ido desarrollando mecanismos educativos con tal fin.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido la importancia del rol comunicativo del médico, y considera que es una de las principales funciones que debe desarrollar el Médico General. En nuestro medio se empieza a reconocer la importancia que tiene la comunicación entre médico y paciente, constituyéndose en un reto para las

escuelas médicas y los procesos de educación continua cuyos principales esfuerzos formativos se han centrado clásicamente en los aspectos técnicos de la medicina, dejando marginales los aspectos humanistas. lxxxi

Sin embargo se debe reconocer que plantear cambios curriculares y procesos educativos para mejorar la comunicación médico paciente y aún más específicamente para desarrollar actitudes que fomenten el diálogo como parte de las estrategias de educación médica o educación continua es todo un reto. Los cambios de comportamiento son los más complejos de alcanzar y por ello se requiere desarrollar múltiples estrategias para poder plantear metas de esta magnitud.

Antes de plantear estrategias y modalidades pedagógicas para fomentar el diálogo, valdría la pena preguntarse por las características del diálogo médico en nuestro medio. Como se desprende del respaldo bibliográfico, muchas son las referencias bibliográficas norteamericanas y europeas sobre características y posibles soluciones a los problemas de comunicación médico paciente, pero pocos son los estudios en nuestro medio y los que abordan el problema lo hacen conceptualmente, como este mismo trabajo; aunque teóricamente sean válidas y necesarias las apreciaciones desarrolladas en este artículo, resultaría inapropiado extrapolar todas las observaciones y conclusiones foráneas a nuestras condiciones, se requiere contextualizar las características culturales, económicas y sociales de nuestro entorno.

El descubrimiento de quiénes somos, cómo pensamos y cómo nos relacionamos desde el punto de vista de la salud y la enfermedad, es una investigación importante en mora de ser realizada para caracterizar y replantear la dimensión humana de la comunicación médico paciente en Colombia. Para hablar de un diálogo que permita la búsqueda de sentidos y aprendizajes significativos para cada uno de los protagonistas, se requiere primero identificar a tales actores. ¿Cómo es formado el médico colombiano en aspectos comunicativos?; ¿cuáles son las características comunicativas de los docentes de medicina?; ¿cómo se da la comunicación médico paciente en los ambientes pedagógicos o en ambientes clínicos?; ¿cuáles son las concepciones y actitudes del médico y de la médica colombiana ante la comunicación con el paciente?: ¿cómo se da la comunicación en ambientes urbanos y rurales, y qué variaciones existen por regiones?; ¿cuáles los efectos de las diferentes concepciones culturales por ejemplo, la indígena o la afro colombiana – en esta relación?; ¿cuáles son los problemas de comunicación médico paciente en nuestro medio, cómo ha influido la ley y la normatividad en esta relación?; ¿qué posición y qué impacto tienen las políticas de atención al cliente de las entidades de salud en este particular?; ¿qué características y diferencias tiene la comunicación con los pacientes desde las diferentes áreas profesionales de la salud?; en fin, como se da la comunicación médico - paciente en nuestra sociedad actual, puede marcar los caminos que propongan orientaciones específicas desde el punto de vista educativo o institucional.

Cada encuentro humano es un proceso irrepetible y lleno de riqueza. La comunicación médico paciente tiene como alternativa el diálogo pedagógico, pero para aproximarnos a ello, se requiere indagar en lo inmediato y profundo de nuestra realidad para que se pueda hacer de la comunicación médico paciente, una relación humana pedagógica y trascendente, que sirva al desarrollo y a la transformación armónica de nuestra sociedad.

- Laín Entralgo, P. La relación médico enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.
- Crawshaw, R. et al. Patient-Physician convenant. Police Perspectives. JAMA, May 17, 1995, 273 (19):1553.
- Laín Entralgo. P. Introducción a una antropología médica. En: Antropología Médica. Salvat. Barcelona, 1985.
- Goic, A. El médico y el enfermo. En: El fin de la medicina. Mediterraneo, Santiago de Chile, 2000. P. 109.
- SHÖN, DONALD El professional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan. Temas de educación Paidos. No. 47. Traducción José Bayo. 1ª. Edición 1998. (The reflective practitioner, How professionals think in action. Basic Books, a division of Harper Collins Publishers, 1983). P. 28.
- Véase la cuidadosa elaboración del término que hace Laín Entralgo en *El cristianismo y la relación médica:* Laín Entralgo, P. Opus cit, 1983. capítulo II, pp. 104 –119.
- vii Duffy, F.D. Dialogue The Core Clinical Skill Editorial Ann Intern Med. 1998;128:139-141
- Laín Entralgo, P. Opus cit, 1983. capítulo III, pp. 218 232.
- Mainetti, José. Bioética médica, III parte: Modernidad, en: Mainetti, J. Etica Médica Libro de publicación electrónica: <a href="http://www.elabe.bioetica.org/34.htm">http://www.elabe.bioetica.org/34.htm</a> con acceso 01/06/03. Versión impresa: Mainetti, José Alberto, Ética Médica. Introducción histórica, con Documentos de Deontología Médica por Tealdi, Juan Carlos. La Plata, Quirón, 1989 (224 páginas).
- Vortíz, F. Modelos Médicos. McGraw Hill Interamericana, Primera Edición, México 2001. Pp 61 77.
- xi Laín Entralgo, P. Opus cit, 1983. capítulo III, p. 219
- xii Focault, M. El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada medica. Siglo XXI editores. 1989. p. 270.
- Oyarzún, F. Consideraciones sobre la humanización y deshumanización de la psiquiatría. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. Universidad Austral de Chile; 2001 (1):16-18.
- Ilich, Ivan Némesis Médica. (*Medical Nemesis* 1976, Random House, Inc. Pantheon Books). Versión directa al español de Juan Tovar, revisada y corregida por Valentina Borremans y Verónica Petrowitsch. Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. 1978. p. 21 170.
- Sorokyn, Patricia Relación intersubjetiva médico-paciente: en defensa propia. Cuadernos de Bioética (Argentina) No.5 Versión electrónica, <a href="http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones11.htm">http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones11.htm</a>
- Subcommitee on Evaluation of Humanistic Quialities of the Internist. American Board of Internal Medicine. Evaluation of humanistic quialities of the internist. Ann Intern Med. 1983;99:720-724.
- Emanuel, E. and Neveloff, N. Preserving the Physician Patient Relationship en the era of Management Care. JAMA, 1995;273(4):323-329.
- <sup>xviii</sup> República de Colombia. Tribunal Nacional de Etica Médica. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica.
- xix Barona, Ricardo Derechos y obligaciones en la relación médico-paciente. Médico-Legal. Revista oficial de la Sociedad colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE y del Fondo especial para el auxilio solidario de Demandas FEPASDE. Mayo-agosto 2001. Año VII, No. 2. P. 55-65
- Acebedo, Jorge. Aspectos característicos de las demandas contra profesionales de la salud en Antioquia. 1992-2002. Médico-Legal. Septiembre –Diciembre 2002. Año VIII, No. p. 50-59.
- López, Mario Demandas a profesionales de la salud (observaciones de casos) Médico-Legal. Enero-marzo 2003. Año IX, No. 1, p 30-39

- Bernard, Claude Introducción al estudio de la medicina experimental. Traducción por José Joaquín Izquierdo. UNAM, México, 1994.
- Miranda Canal, Néstor La medicina en Colombia. De la influencia francesa a la norte-americana. Revista Credencial Historia. Bogotá, Colombia, edición 29, mayo de 1992
- Garay, Oscar Ernesto. De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada. Cuadernos de Bioética (Argentina) No.4 Versión electrónica, <a href="http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones10.htm">http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones10.htm</a>
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 1995 DE 1999 (Julio 8) . por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
- xxvi Suros, Juan. Semiología Médica y técnica exploratoria. Salvat editores. 1978. p.2 72.
- Rivera, N y Blanco, F. Blanco La dimensión comunicativa en la práctica médica "El valor de la entrevista" Rev Cubana Educ Med Super 2001;15(2):301-11. Publicada también en Cuadernos del Hospital de Clínicas. Volumen 45 No. 1. 1999. La Paz. Bolivia
- Sainz-Leyva, Lourdes La comunicación en el proceso pedagógico: algunas reflexiones valorativas Rev Cubana Educ Med Sup 1998;12(1):26-34
- Kenny, N.P., Mann, K.V. and. MacLeod, H Role Modeling in Physicians' Professional Formation: Reconsidering an Essential but Untapped Educational Strategy. Academic Medicine (2003) 78: 1203-1210
- xxx Gerald P Whelan,G.P., McKinley, D.W. Boulet, J.R. Macrae, J. & Kamholz, S. Validation of the doctor-patient communication component of the Educational Commission for Foreign Medical Graduates Clinical Skills Assessment Medical Education 2001;35:757-761
- General Medical Council (UK). Tomorrow's doctor. Recommendations on undergruduate medical education. Feb. 2003. Version electrónica: <a href="http://www.gmc-uk.org/med\_ed/tomdoc.pdf">http://www.gmc-uk.org/med\_ed/tomdoc.pdf</a>, consultada enero 28 de 2004.
- Elliott S. L. and Yeomans N. D. In the Public Eye Future directions of medical education in Australia Internal Medicine Journal Volume 33 Issue 8 Page 360 August 2003.
- Ministerio de Educación Nacional, ICFES, ASCOFAME. Exámenes de calidad de la educación superior en Medicina. Guía de Orientación. 2003. Secretaría General, Grupo de Procesos Editoriales ICFES Bogotá, Colombia julio de 2003. p 21.
- xxxiv Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª. Edición. Madrid, 2001.
- xxxv Merrian-Webster incorporated. Webster's Revised Unabridged Dictionary (1913), New York, 2002.
- xxxvi Merrian-Webster incorporated. Opus cit.
- xxxvii Real Academia Española. Opus cit.
- xxxviii Gadamer, Hans-Georg Verdad y Método. Salamanca. Sígueme. 1984. Pp. 242.
- xxxix Gadamer, Hans-Georg Opus cit, p. 446.
- <sup>xl</sup> Ibid, p. 448 457.
- xli Ibid, p. 468- 465.
- <sup>xlii</sup> Ibid, p. 466-467.
- 🕮 Platón. Fedro o del Amor. En: Diálogos. Panamericana Editorial. Bogotá, junio de 2002. Pp 491 549.
- xliv Bermejo-Cruz, R. Relación entre dialéctica y retórica en el Fedro. En: Akademos. Revista electrónica de Filosofía. http://galeon.hispavista.com/filoesp/Akademos/colabora/rbc fedro.htm Accedida el 26-06-03.

- xlv García Sierra, Pelayo Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico Una introducción analítica. Revisado por <u>Gustavo Bueno</u>. Biblioteca Filosofía en español. Oviedo 1999. <a href="http://www.filosofia.org/filomat/pcero.htm">http://www.filosofia.org/filomat/pcero.htm</a> accedido el 20 06 03.
- Maciá-Pastor, M. Platón y el diálogo platónico. En: Akademos. Revista electrónica de Filosofía. <a href="http://galeon.hispavista.com/filoesp/Akademos/colabora/mmp\_dial.htm">http://galeon.hispavista.com/filoesp/Akademos/colabora/mmp\_dial.htm</a> Accedida el 26-06-03
- xlvii Gadamer, H. G. Opus cit. Pp. 439-447.
- Luna, José Logoterapia, un enfoque humanista existencial. Ed. San Pablo. Santafé de BogotáD.C., 1999. Pp. 33 49.
- Reyes-Ortiz C.A., Gheorghiu, S. Mulligan, T. Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médicopaciente anciano Colombia Médica 1998; 29:134-37
- Laín Entralgo, Opus cit, 1983. p.228.
- <sup>li</sup> Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 1994; 272: 1619-20.
- Rubio Sanchez, J.L. La comunicación. Psicología y psicopatología del lenguaje. En: Ridruejo Alonso, P. (Ed). Psicología Médica. McGraw Hill Interamericana. Madrid. Primera edición, 1996. Pp. 347-354.
- Florían, Victor. Diccionario de Filosofía. Panamericana editorial, Bogotá, 2002.
- Frankl, V. E. El hombre en busca de sentido. Conferencia pronunciada en el XIV Congreso Internacional de Filosofía, Viena. 1968. En: La psicoterapia al alcance de todos. Herder. Barcelona, 1995, 2ª. Edición. P. 13.
- Malherbe, Jean Francois. Hacia una ética de la Medicina. San Pablo, Santafe de Bogotá, 1993. Traducción de: *Pour une etique de la medicine*, Editions Ciaco, Bruselas, Bélgica. Pp. 24.
- <sup>Ivi</sup> Balint, Michael, "The Doctor, His Patient and the Illness," International University Press, Inc., NY, 1957. El Médico, el Paciente y la Enfermedad. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.
- Buber, Martín. Yo y Tú, Caparrós editores, Madrid 1993, pp17-18
- Frankl, Victor. El Hombre en Busca de Sentido. Herder, 1995. 17 edición.
- Not, I. La enseñanza dialogante. Hacia una eduación en segunda persona. Biblioteca de pedagogía Herder, No. 28. Barcelona, 1992.
- Alain, E. Propos sur l'éducation. PUF, París, 1959. Citado en Not, L. opus cit.
- Maritain, J. Pour une philosophie l'éducation. Fayard, Paris, 1969. Citado en Not, L. opus cit.
- <sup>kii</sup> Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? In: White KL, editor. The task of medicine: dialogue at Wickenburg. Menlo Park (CA): Henry J. Kaiser Family Foundation; 1988. p. 133 -177. citado en: <u>Stein, T, Tong, V. And Jacobs, L.</u> Caring for Patients One Conversation at a Time: Musings from The Interregional Clinician-Patient Communication Leadership Group. The Permanente Journal, fall 1998.2(4).
- Rhoades DR; McFarland KF; Finch WH; Johnson AO Speaking and interruptions during primary care office visits. Fam Med 2001 Jul-Aug;33(7):528-32
- Beckman HB; Frankel RM The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984 Nov;101(5):692-6
- Lin CT; Albertson GA; Schilling LM; Cyran EM; Anderson SN; Ware L; Anderson RJ Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? Arch Intern Med 2001 Jun 11;161(11):1437-42

- Levinson W; Roter DL; Mullooly JP; Dull VT; Frankel RM Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997 Feb 19;277(7):553-9
- Heaven C. The role of clinical supervision in communication skills training [PhD thesis]. Manchester: University of Manchester, 2001.
- Marcus BH, Simkin LR Pshysiclans' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. Prev Med; 18: 45-58 (1994)
- Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. BMJ 1986;292:1573-8.
- Prochaska JO, Redding CA, Hariow LL, Rossi JS, Velicer WF In search of how people change. American Psychologist 47: 1102-1114 (1994)
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. Can MedAssocJ 1995;152:1423-33.
- Maguire P, Roe T, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. Psychol Med 1978;8:695-704.
- Frankel RM; Stein T Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. J Med Pract Manage 2001 Jan-Feb;16(4):184-91
- Novack DH; Suchman AL; Clark W; Epstein RM; Najberg E; Kaplan C Calibrating the physician. Personal awareness and effective patient care. Working Group on Promoting Physician Personal Awareness, American Academy on Physician and Patient. JAMA 1997 Aug 13;278(6):502-9
- Levinson W. Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. JAMA 1994; 272: 1619-20.
- Willson, A. The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice. *Journal of Medical Ethics*; London; Dec 2001.
- Stewart M.A. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ. 1995 May 1;152(9):1423-33.
- Maguire, Peter, Pitceathly, Carolyn Key communication skills and how to acquire them:, BMJ: British Medical Journal, 9/28/2002, Vol. 325, Issue 7366 p697, 4p
- Organización Mundial de !a Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. (1986).
- <sup>lxxx</sup> Prochaska JO, Di Clemente CC Informe de la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. (1992)
- bxxi Gerstner, J. La comunicación médico-paciente. Rev. colomb. ortop. traumatol;16(3):6-7, 2002.