

EL DIÁLOGO COMO MEDIADOR DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Una perspectiva pedagógica en Educación Médica ¹

Francisco Bohórquez Góngora*

*El médico rara vez cura, alivia en ocasiones,
pero siempre consuela.*

*Epitafio del siglo VI inscrito en la tumba de Trudeau en
Sarranac, Francia*

RESUMEN

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.

Palabras clave: *Relación médico-paciente, comunicación médico paciente, diálogo, conversación, dialéctica, educación médica.*

Recibido para evaluación: marzo 16 de 2004. *Aprobado para publicación:* agosto 20 de 2004.

¹ Este trabajo ha contado con financiación del convenio Colciencias (Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología) y Ministerio de Comunicaciones de Colombia (Código 1103-14-10721), y la Universidad del Cauca (Colombia) (Proyectos 636 y 713). La financiación de Colciencias-Mincomunicaciones fue para EHAS-Silvia. El proyecto 636 de la VRI también es EHAS-Silvia. El proyecto 713 de la VRI es del programa de Maestrías y Doctorados: «Entorno integrado de información y aprendizaje para el sistema de vigilancia en salud pública del departamento del Cauca».

* Médico Fisiatra. Docente Departamento de Medicina Interna, Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Doctorante en Ciencias de la Educación RUDECOLOMBIA.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente (RMP) ha sido considerada el acto central de la actividad clínica y el escenario principal de la medicina.¹ 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 individuales materiales, aunado a la presión de organizaciones de salud con ánimo de lucro, que han acrecentado en el médico el rol de agente comercial. 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.²

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.

Aunque en cada cultura ha tenido diferentes modalidades y manifestaciones, el rasgo esencial de la relación médico paciente es el encuentro entre el que busca ayuda y el que puede proporcionársela.³ Las acciones específicamente médicas son diagnosticar, pronosticar y tratar,⁴ cada una de ellas es compleja y son el resultado de un largo aprendizaje teórico, práctico y vivencial. Como encuentro entre dos personas la RMP implica una interacción comunicativa que está destinada a permitir, facilitar y mediar el proceso diagnóstico y terapéutico, pero además que promueva un proceso de transformación y desarrollo humano. Para lograr este fin se requiere que dicha comunicación vaya más allá de un simple intercambio de información y se constituya en una recíproca y fructífera interacción personal: que surja *amistad* en el sentido cristiano del término⁵, lo cual se desarrolla cuando existen dos condiciones: el amor desinteresado que se prodiga a otro ser humano desconocido (*proximidad* según Laín Entralgo) y la *confidencia*, que se da cuando la relación interpersonal consiste en infundir hacia el otro, lo que en la propia persona es más íntimo, más "propio".

La proposición que se desarrollará es que el diálogo médico fomenta la amistad creando un ambiente que facilita el éxito diagnóstico y terapéutico y hace que la relación médico paciente supere su condición técnica e instrumental, dándole su fundamental categoría humana. El diálogo ha sido reconocido desde la antigüedad como proceso fundamental de la comunicación humana que amplía el conocimiento de otras personas, del mundo, pero sobre todo de uno mismo. 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.⁶

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, imprescindible para la práctica médica y en consecuencia para la formación del médico; sin embargo no todos los estamentos de la sociedad están al tanto de ello y los cambios históricos han determinado que fuerzas económicas, políticas, tecnológicas o culturales hayan distorsionado este fundamento esencial, involucrando a los profesionales de la salud.

Históricamente en tensión, la relación médico paciente entró en su crisis más evidente y profunda con la modernidad.⁷ 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.⁸ Sin embargo, en la Europa de finales del siglo XIX (como sucede en la Latinoamérica actual), 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.

El estado de salud de las clases trabajadoras sirvió para denunciar esta situación. Varios médicos contribuyeron a ello, en 1533 Paracelso identificó la asociación entre trabajo en las minas y el cáncer de pulmón; después Bernardino Ramazzini (1633-1714) describió la forma en que varias condiciones de trabajo específicas ocasionaban determinadas enfermedades, más tarde Johann Peter Frank (1745-1821) describió las relaciones entre la miseria y la enfermedad y en 1831 C. Turner Thackard demostró que la morbilidad y mortalidad de los habitantes de Londres era abismalmente diferente entre los distritos de ricos y pobres. Finalmente 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.⁹

Se hizo evidente que no solo las condiciones de salud eran la consecuencia de los largos periodos de trabajo, las precarias, insalubres y riesgosas condiciones de trabajo, los bajos salarios, sino además por un hecho innegable hasta entonces: había una medicina para ricos y otra para pobres. Las condiciones de los hospitales públicos de Europa hasta el siglo XIX eran denigrantes: el individuo se entregaba *sin condiciones* a una atención de beneficencia, destinada a atender condiciones extremas de enfermedad y 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 misma calamitosa, el individuo carecía de la condición de sujeto, porque se lo convertía en objeto, a lo sumo en órgano plantea Foucault.¹⁰

La mirada al paciente como objeto, su trato "*cosificado*", deshumaniza y esta es la esencia de la crisis actual de la relación médico paciente. El término deshumanización señala el deterioro de los valores y atributos en la actitud y trato deseables en el sistema de salud. Deshumanización es des-personalización. Dicha des-personalización de la medicina se ha explicado como un producto del desarrollo científico y tecnológico, que al impulsar un pensamiento racionalista con una actitud operativa y eficiente, reduce la relación médico paciente a una interacción técnica instrumental, en ello ha sido determinante, la aplicación de políticas neoliberales en la estructura de los sistemas de salud como sucede con la Ley 100 en nuestro país y en general en América Latina.¹¹

La humanización en medicina se refiere a los valores más trascendentes que surgen en la relación médico paciente. La relación ideal debería incluir: libertad de elección, competencia profesional (idoneidad), buena comunicación, compasión (empatía), estabilidad de la relación (continuidad) y ausencia conflictos de interés (especialmente económicos).^{12,13} Estas cualidades son evidenciables a través de las actitudes y conductas del médico hacia el paciente en la comunicación que establece con él.

Si bien se espera que las habilidades comunicativas maduren con la experiencia clínica, se considera fundamental entrenarlas en los ambientes formativos del pregrado universitario y por ello hacen parte del currículo médico en Norteamérica,^{14,15} Reino Unido,¹⁶ Australia,¹⁷ 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".¹⁸ 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.

COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

La comunicación entre médico paciente se desarrolla con base en un proceso investigativo establecido sobre las bases del método científico, consolidado desde el punto de vista profesional, social y legal^{19,20} en un instrumento denominado *historia clínica*. Esta se desarrolla sobre la base de una entrevista, que es un método empírico de investigación que permite la sistematización de los hechos acaecidos en el encuentro del médico con el paciente y se constituye en evidencia y memoria de la RMP. 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.²¹

La entrevista médica se inicia con una aproximación mutua de 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 que es 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 o inconscientemente se hace una hermenéutica del lenguaje verbal y corporal que permite comprender la situación del paciente y evidencia la disposición del médico. La meta de esta fase es 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. Lo esencial es que 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, una invitación a perseverar y acto de esperanza y fe para alcanzar el mejor de los resultados.²²

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.²³

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.^{24,25} 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*.²⁶ El enfoque psicoanalítico de la enfermedad planteaba una nueva visión que superaba el enfoque fisiopatológico, restringido 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. Estas nuevas dimensiones de la enfermedad abren las puertas a la comprensión de la forma en que médico y paciente se comunican.²⁷

En la comunicación entre médico y paciente ocurre un intercambio humano intenso y profundo al compartir ambos 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 que permite un «descubrimiento» del otro, pero también es un autodescubrimiento y una oportunidad de redescubrimiento 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.²⁸ En la RMP la comunicación que humaniza es el diálogo.

DIALOGO: DE LA CONVERSACIÓN A LA DIALÉCTICA

Diálogo, (del latín, *dialogus*, que surgen de *dia*: por medio de y *logos*: palabra, conocimiento) es 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 latín, *conversatio-onis*), que significa hablar familiarmente una más personas entre sí en un ambiente de cercanía e intimidad.^{29,30} Un verdadero diálogo es una conversación en la cual en un ambiente de amistad las personas construyen, a partir de sus propios pensamientos y puntos de vista, nuevas ideas.

Vinculado con los anteriores, el término Discusión (del latín, *discussio-onis*) 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.³¹

Otras palabras relacionadas como *platicar, hablar, charlar, contar* o *decir*, tienen un sentido de intercambio comunicativo menos complejo o más unilateral, son menos interactivas, más formales y lejanas, algunas son imperativos; en términos generales expresan un mensaje que no espera 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.³²

Diálogo, conversación y discusión, más allá de ser palabras con las que nos referimos a ciertos actos comunicativos son actitudes; estas tres comparten un carácter de interacción, profundidad y amplitud en el conocimiento de lo que se habla y de la persona con quien se habla, mayor duración en el tiempo, compromiso con el otro, equidad en su trato, pluralidad, pero sobre todo tienen en común el hecho de generar nuevas ideas; estos verbos representan actos creativos, altamente efectivos en la interacción humana, con una gran potencialidad transformadora del pensamiento. Entendiendo que el ambiente cultural y social donde se empleen estos términos cambia su sentido cambia, aplicados a la comunicación médico paciente poseen un sentido central: la búsqueda del acuerdo en el diálogo, la atmósfera de intimidad en la conversación y el análisis razonable y equitativo en la discusión. De los tres, *diálogo* es el que mejor representa la esencia de la comunicación médico paciente, la *conversación* la que le imprime su carácter de amistad y finalmente la *discusión* aunque más formal y distante, es importante a la hora de enfrentar la toma de decisiones, dado su carácter racional y democrático. Del diálogo surge además otro elemento esencial por su carácter dialógico: la dialéctica.

Dialéctica proviene del verbo griego *dialegomai*, que significa también dialogar, pero con un sentido filosófico. En los diálogos de Platón la dialéctica es desarrollada en el diálogo con «Fedro»,³³ 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.³⁴

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.³⁵

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.³⁶ Desde este punto de vista es importante el sentido que tiene el *diálogo* y que Gadamer descubre en los Diálogos.

Gadamer³⁷ encuentra que las preguntas de los Diálogos tienen como características comunes: *la ignorancia implícita en el acto de preguntar*, permite hacer conciencia de la limitación del conocimiento y por ello mismo impulsan el deseo de conocer; *las preguntas tienen una intención*, no son neutras, tienen un sentido que orienta la respuesta; *preguntar es más difícil que responder*, se requiere desarrollar un análisis y saber que es lo que no se sabe; *la pregunta amplía el campo de referencia de análisis*; cuando se pregunta se despliegan múltiples horizontes ante un problema dado y se da la posibilidad de generar nuevas preguntas y respuestas, se abre el diálogo; *la pregunta genera un conflicto al oponer sí o no*; aunque abre el campo de respuestas, la pregunta conmina a tomar una posición en el que responde, ayuda a construir el camino de la búsqueda de la verdad; *la pregunta es más un padecer que un hacer*, el ser humano se enfrenta consigo mismo en el acto de vivir, las experiencias generan dificultades que cuestionan la conciencia y exige comprensiones que determinan 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 dar a luz, como hacía la madre de Sócrates que era partera. En medicina, este modelo de diálogo ha sido retomado por una escuela psicoanalítica de corte existencial: la Logoterapia.³⁸

DIÁLOGO: BÚSQUEDA DE SENTIDO Y APRENDIZAJE

El diálogo es un arte. Todos los seres humanos conversamos a diario y aunque consideremos muchas conversaciones banales, todo proceso de conversación es una creación a dos o más voces, es producto de la interacción humana y lo que el diálogo propicia no surge por efecto de monólogos o reflexiones en soliloquio. El diálogo permite transformar el pensamiento de quienes interactúan, este posee un encanto que ayuda a esclarecer la mente de quienes dialogan y tal vez por ello la conversación es la base del psicoanálisis y de la educación. Las dos grandes fortalezas del diálogo como proceso comunicativo son que mueve la mente y genera aprendizaje en forma recíproca; pero ello no surge espontáneamente, se requiere darle un enfoque definido. 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 Edmund Husserl (1859-1938) y continuado, entre otros, por Heidegger, 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, fenomenología es la ciencia de los fenómenos que se manifiestan en la conciencia y busca describir los contenidos de la misma *tal como son*.³⁹ 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 sí misma, sino tener motivos para ser feliz. Ese motivo va más allá de sí mismo, ya que el hombre está 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 sí. 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.⁴⁰

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.⁴¹

Varios médicos, psicólogos y filósofos 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.⁴² 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.⁴³ 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.⁴⁴

Desde el enfoque pedagógico, Louis Not ha propuesto una relación profesor-estudiante centrada en el diálogo, modelo que ha denominado Enseñanza Dialogante.⁴⁵ 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)⁴⁶ y también de un sujeto que aprende, pues *todo el aprender está en el sujeto que aprende, no en el que enseña* (Maritain, 1969).⁴⁷ 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 carac-

teriza por un aprendizaje constituyente, es un aprendizaje autónomo que estructura (construye) el saber mediante una *enseñanza dialogante*.

EDUCACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA: ¿CUÁNDO Y CÓMO CAMBIAR?

«La entrevista médica es el instrumento más poderoso, sensible y versátil de que dispone el médico»⁴⁸ 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.⁴⁹ Otro factor involucrado es tiempo dedicado por los médicos a los pacientes; aunque 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.^{50,51} 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.⁵²

El médico de hoy día, al servicio de entidades de salud atiborradas y en crisis, no solo suele ser apabullado por el sufrimiento y dolor de sus pacientes; sino 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.⁵³ 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.⁵⁴ Pero cada vez hay

más propuestas de enseñanza explícita y planificada con enfoques pedagógicos,⁵⁵ psicológicos⁵⁶ y sociales⁵⁷ que plantean desarrollar consciente y sistemáticamente las habilidades comunicativas para hacer más pertinente, asertiva y formativa la RMP.^{58,59,60}

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,⁶¹ humanizando la práctica médica.⁶² 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 profesional⁶³ y se han ido desarrollando mecanismos educativos con tal fin.⁶⁴ 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.^{65,66} 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.⁶⁷

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 del presente ensayo, 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 un proceso irreplicable 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 plantear hacer de la comunicación médico paciente una relación humana pedagógica y trascendente, que sirva al desarrollo y a la transformación armónica de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Lain Entralgo P.** La relación médico-enfermo, historia y teoría. Alianza editorial. Madrid, 1983. p. 19.
2. **Crawshaw R. et al.** Patient-Physician covenant. Police Perspectives. *JAMA*, 1995 ; 273 (19):1553.
3. **Lain Entralgo P.** Introducción a una antropología médica. En: *Antropología Médica*. Salvat. Barcelona, 1985.
4. **Goic A.** El médico y el enfermo. En: *El fin de la medicina*. Mediterraneo, Santiago de Chile, 2000. P. 109.
5. Véase la cuidadosa elaboración del término que hace Lain Entralgo en *El cristianismo y la relación médica*: Lain Entralgo, P. Opus cit, 1983. capítulo II, pp. 104-119.
6. **Duffy F.D.** Dialogue The Core Clinical Skill. Ed, *Ann Intern Med*. 1998;128:139-141

7. **Lain Entralgo P.** Opus cit, 1983. capítulo III, pp. 218 – 232.
8. **Mainetti J.** Bioética médica, III parte: Modernidad, en: Mainetti, J. *Ética Médica*– Libro de publicación electrónica: <http://www.elabe.bioetica.org/34.htm> 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).
9. **Ortiz F.** Modelos Médicos. McGraw Hill - Interamericana, Primera Edición, México 2001. Pp 61 - 77.
10. **Focault M.** El nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada medica. Siglo XXI editores. 1989. p. 270.
11. **Oyarzún F.** Consideraciones sobre la humanización y deshumanización de la psiquiatría. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*. Universidad Austral de Chile; 2001 (1):16-18.
12. Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities of the Internist. American Board of Internal Medicine. Evaluation of humanistic qualities of the internist. *Ann Intern Med*. 1983;99:720-724.
13. **Emanuel E. and Neveloff N.** Preserving the Physician Patient Relationship in the era of Management Care. *JAMA* 1995;273(4):323-329.
14. **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
15. **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
16. General Medical Council (UK). Tomorrow's doctor. Recommendations on undergraduate medical education. Feb. 2003. Versión electrónica: http://www.gmc-uk.org/med_ed/tomdoc.pdf, consultada enero 28 de 2004.
17. **Elliott S.L. and Yeomans N.D.** In the Public Eye Future directions of medical education in *Australia Internal Medicine Journal* 2003; 33 (8): 360.
18. Ministerio de Educación Nacional, ICFES, ASCO-FAME. 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.
19. De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada. Oscar Ernesto Garay. Cuadernos de Bioética (Argentina) No.4 Versión electrónica, <http://www.cuadernos.bioetica.org/ensciones10.htm>
20. 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.
21. **Suros J.** Semiología Médica y técnica exploratoria. Salvat editores. 1978. p.2-72.
22. **Rivera N., Blanco F.** 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
23. **Sainz-Leyva L.** La comunicación en el proceso pedagógico: algunas reflexiones valorativas *Rev Cubana Educ Med Sup* 1998;12(1):26-34.
24. **Reyes-Ortiz C.A., Gheorghiu S. Mulligan T.** Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano. *Colombia Médica* 1998; 29:134-37.
25. **Rogers A.E, Addington-Hall J.M., Abery A.J., et al.** Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study *BMJ* 2000;321:605-607.
26. **Lain Entralgo P.** Opus cit, 1983. p.228.
27. **Levinson W.** Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-20.
28. **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.
29. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 22ª. Edición. Madrid, 2001.
30. **Merriam-Webster** incorporated. Webster's Revised Unabridged Dictionary (1913), New York, 2002.
31. **Merriam-Webster** incorporated. Opus cit.
32. Real Academia Española. Opus cit.
33. **Platón.** Fedro o del Amor. En: Diálogos. Panamericana Editorial. Bogotá, junio de 2002. Pp 491 - 549.
34. **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.
35. **García Sierra P.** Diccionario filosófico. Manual de materialismo filosófico Una introducción analítica. Revisado por Gustavo Bueno. Biblioteca Filosofía en español. Oviedo 1999. <http://www.filosofia.org/filomat/pccero.htm> accedido el 20 - 06 03.
36. **Maciá-Pastor M.** Platón y el diálogo platónico. En: Akademos. Revista electrónica de Filosofía. http://galeon.hispavista.com/filoesp/Akademos/colabora/mmp_dial.htm Accedida el 26-06-03
37. **Gadamer H.G.** Verdad y Método. Salamanca. Sígueme. 1984. Pp. 439-447.

38. **Luna, J.** Logoterapia, un enfoque humanista existencial. Ed. San Pablo. Santafé de Bogotá D.C., 1999. Pp. 33 - 49.
39. **Florian V.** Diccionario de Filosofía. Panamericana editorial, Bogotá, 2002.
40. **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.
41. **Malherbe J.F.** Hacia una ética de la Medicina. San Pablo, Santafe de Bogotá, 1993. Traducción de: *Pour une étique de la médecine*, Editions Ciaco, Bruselas, Bélgica. Pp. 24.
42. **Balint M.** "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.
43. **Buber M.** Yo y Tú, Caparrós editores, Madrid 1993, pp17-18
44. **Frankl V.** El Hombre en Busca de Sentido. Herder, 1995. 17 edición.
45. **Not L.** La enseñanza dialogante. Hacia una educación en segunda persona. Biblioteca de pedagogía Herder, No. 28. Barcelona, 1992.
46. **Alain E.** Propos sur l' éducation. PUF, París, 1959. Citado en Not, L. opus cit.
47. **Maritain J.** Pour une philosophie l' éducation. Fayard, Paris, 1969. Citado en Not, L. opus cit.
48. **Engel G.L.** 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: Stein, T, Tong, V. And Jacobs, L. Caring for Patients One Conversation at a Time: Musings from The Interregional Clinician-Patient Communication Leadership Group. The Permanente Journal, fall 1998,2(4).
49. **Rhoades D.R, McFarland K.F, Finch W.H, Johnson A.O.** Speaking and interruptions during primary care office visits. *Fam Med* 2001 Jul-Aug;33(7):528-32.
50. **Beckman H.B, Frankel R.M.** The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-6.
51. **Lin C.T, Albertson G.A, Schilling L.M, Cyran E.M, Anderson S.N, Ware L, Anderson R.J.** Is patients' perception of time spent with the physician a determinant of ambulatory patient satisfaction? *Arch Intern Med* 2001;161(11):1437-42.
52. **Levinson W, Roter D.L, Mullooly J.P, Dull V.T, Frankel R.M.** Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277(7):553-9.
53. **Heaven C.** The role of clinical supervision in communication skills training [PhD thesis]. Manchester: University of Manchester, 2001.
54. **Marcus B.H, Simkin L.R.** Pshysiclans' perceptions of their role in cardiovascular risk reduction. *Prev Med* 18: 45-58 (1994)
55. **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.
56. **Prochaska J.O, Redding C.A, Hariow L.L, Rossi J.S, Velicer W.F.** In search of how people change. *American Psychologist* 1994; 47: 1102-1114.
57. **Stewart M.A.** Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:1423-33.
58. **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.
59. **Frankel R.M, 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.
60. **Novack D.H, Suchman A,L, Clark W, Epstein R.M, 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;278(6):502-9
61. **Levinson W.** Physician-patient communication. A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 272: 1619-20.
62. **Willson, A.** The Human Effect in Medicine: Theory, Research and Practice. *Journal of Medical Ethics*; London; Dec 2001.
63. **Stewart M.A.** Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
64. **Maguire P, Pitceathly C.** Key communication skills and how to acquire them:, *BMJ* 2002; 325: 697.
65. Organización Mundial de la Salud Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (URSS). Ginebra: OMS. (1986).
66. **Prochaska J.O, Di Clemente C.C.** Informe de la Conferencia Internacional de Ottawa sobre Promoción de la Salud. Ginebra: OMS. (1992)
67. **Gerstner J.** La comunicación médico-paciente. *Rev Colomb Ortop Traumatol* 2002;16(3) 6-7.