

# El diálogo como encuentro: aproximaciones a la relación médico-paciente

Francisco Bohórquez G.\*  
Luis Guillermo Jaramillo E.\*\*

*La realidad del otro no está en aquello que él revela,  
sino en aquello que no puede revelar; por ello, si quisieras comprenderlo, escucha, no lo que él dice, sino lo que él no dice.*

**Khalil Gibran**

## Resumen

A partir de dos estudios sobre la relación de pacientes y ‘médicos’ (léase personal de salud); uno de tipo conceptual y fenomenológico elaborado desde las vivencias de uno de los autores y el otro de tipo etnográfico realizado a partir de entrevistas con pacientes del servicio de Agudos del Hospital Universitario de Caldas, se inicia un diálogo que busca comprender desde los protagonistas, la enfermedad en cuanto situación vital y el diálogo que surge en el ámbito clínico. Normalmente el médico quiere saber *qué siente* el paciente, cuáles son los síntomas y cómo se comporta la enfermedad con una finalidad diagnóstica y terapéutica; pero, poco se interesa en saber *cómo se siente* el paciente, cómo percibe su enfermedad y que pasa cuando se enfrenta al dolor y al miedo. Esta comunicación fragmentada genera una distancia emocional y humana que limita los alcances de la acción terapéutica.

El acto profesional de cuidar la salud se ha ido deteriorando en la medida que la comunicación con el paciente se ha ido restringiendo a encuentros cada vez más técnicos, distantes y fríos que esquivan el diálogo y privilegian la “información”. Esto plantea un reto al personal de salud y particularmente a las escuelas y facultades de ciencias de la salud; hoy más que nunca, en

**Recibido:** agosto de 2004

**Aceptado:** octubre de 2004

---

\* Médico. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Magíster y estudiante de doctorado en Ciencias de la Educación. Profesor. Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca.

\*\* Magíster en Educación y Desarrollo Humano. Profesor de Investigación. Departamento de Educación Física. Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación. Universidad del Cauca.

medio de una nación que sucumbe en el conflicto y la intolerancia, resurge la necesidad de reconocer la enfermedad, más allá del mero hecho biológico, como hecho social y cultural; de volver a valorar el diálogo como estrategia que nos permite un encuentro entre personas para dar sentido a la existencia y hacernos humanos en el acto de enfermar y de sanar.

**Palabras clave:** Enfermedad, percepción, cotidianidad, comunicación médico-paciente, diálogo, relación médico-paciente.

## Summary

To split of two studies about the relation of patients and “doctor” (read it people of health); one of type conceptual and phenomenologic wrought from the experiences of one of the authors and the other type ethnographic performed to split of interviews with patients of service of Hospital University of Caldas, begin a dialogue that to appear in the ambit clinical. Normally the doctor wants to know what does the patient feel?, what are the symptoms and how do tolerate the sickness, with a purpose diagnostic and therapeutic; but little to interest in know how does the patient feel? How do perceive his sickness? and what does current even to confront the hurt the scary. This fragment communication to generate a emotional distance and human that limit the reach of the action therapeutic.

The act professional of care the health it has gone worn out in the measure that the communication with the patient it has gone restricting to encounters each time more technicals, distance and cold that to avoid the dialogue and privilege the “information”. This to outline a challenge the personal of health and particular to the schools and faculties of science of the health; today more than never, in half of nation that succumb in the conflict and the intolerate, to resurge the need of recognize the sicknesses, more here of mere do biologic, complete social and culture; of to turn to value the dialogue with strategy that permit us a meeting between persons for to give sensitive to the existence and do us humans in the act of fall and of to cure.

**Key words:** Sickness, perception, daily, communication doctor-patient, dialogue, relation doctor-patient.

## Introducción

El presente ensayo es el resultado de un diálogo entre un médico y un educador que compartimos algunos intereses comunes. En primer lugar como

profesores universitarios nos unió la posibilidad de participar en el “Seminario de Motricidad y Desarrollo Humano” iniciado en la Facultad de Ciencias Naturales, Exactas y de la Educación de la Universidad del

Cauca en febrero de 2004 y que ha tenido como eje la comprensión del cuerpo desde el enfoque fenomenológico, especialmente desde Merleau-Ponty (2000). En segundo lugar, diversas circunstancias nos han llevado a explorar y proponer miradas complementarias a los enfoques clásicos de nuestras profesiones, lo que nos ha permitido intercambiar puntos de vista, encontrando acercamientos y miradas comunes. En tercer lugar, nos ha preocupado la comprensión de la situación de personas que enfrentan circunstancias de dolor y sufrimiento, donde la superación del padecimiento se ve mediada por las distancias de comunicación con quienes los atienden. En lo anterior, residen varios hechos que hacen de este ensayo un documento que se sale de los esquemas de un escrito médico o pedagógico; es un escrito que surge desde el cuerpo pensante-sintiente (praxis) de los autores que se perciben actores activos del proceso de salud como hecho dialógico y dialéctico.

Para entender la enfermedad es necesario interpretar nuestra corporeidad,<sup>1</sup> y en ella, la palabra, que es un medio portentoso pero resbaladizo para descubrir temas profundos e intangibles. Con la palabra, se encuentra también el oír, el cual es tan importante para el médico como para el músico o detective. *Nuestro lenguaje es psicosomático*, casi todas palabras con las que expresamos nuestros estados surgen de experiencias corpóreas;<sup>2</sup> es

imposible asumir conscientemente los principios que no hayan sido antes asumidos por el cuerpo.

El lenguaje, así como el cuerpo, es ambivalente, la palabra se inscribe en la polaridad de dos o más planos de significado: la infinitud de aquello que comprendemos, y la finitud de lo que realmente queremos decir (Gadamer, 1984:461). La enfermedad habla por el enfermo, por ejemplo, el enfermo de los ojos no puede ver las cosas claras, la alergia hace a quien la padece *alérgico a los demás*; en fin, la enfermedad nos desnuda, nos hace ser sinceros. El cuerpo experimenta lo que la persona no ha sabido asumir conscientemente; los contenidos de la mente generan su contrapartida en un cuerpo que siente.

El enfermo es verdugo y víctima a la vez. No basta entender las relaciones funcionales de las enfermedades, éstas de por sí no dicen nada del enfermo. Puede ser más importante analizar las circunstancias en las que surge la enfermedad, las ventajas que ella permite, los esfuerzos que se evitan con ella. Identificadas las falencias que la enfermedad nos revela, es posible asumir lo que nos falta para reconocer lo que todavía no somos y necesitamos aprender. La curación es la consecución de la plenitud y la unidad, el hombre sana cuando encuentra su verdadero ser y se unifica con él; la enfermedad obliga al ser humano a no abandonar el camino de la unidad.

<sup>1</sup> La corporeidad es el todo humano. La corporeidad es la complejidad humana que nos habla del cuerpo en sus dimensiones: física, emocional, mental, trascendente, cultural, mágica e inconsciente. Estas siete dimensiones nos hace humanos, nos diferencia de las otras criaturas vivientes. Es el mágico número siete que otros saberes de otras culturas no impregnadas del dualismo histórico de occidente, nos explican tantas cosas incomprensibles para la ciencia mecanicista que no «ve» ni admite más que lo que se puede medir y contar con los instrumentos creados para sólo medir y contar. Afortunadamente, un día los físicos que estaban hurgando con las partículas, tuvieron que aceptar, ante la evidencia, que para entender lo que allí sucedía debían dejarse llevar por la «intuición». Los sentidos tradicionales utilizados por la ciencia no permitían entrar en la cuarta dimensión (Capra, 1982, 2002). Estos físicos no sabían que con ellos se rompían muchos de los conceptos de ciencia que hasta ahora nos mostraban qué era el mundo y qué el ser humano. A ellos hemos de agradecerles que la ciencia occidental se dignara reunirse con la oriental, que conversara con la filosofía, con la ética, con el arte, con la poesía, para juntos tratar de comprender la esencia de la vida. Lo que hasta este momento se mantenía oculto porque al no poder «medirse» no existía (Varela, 2000). Tomado de: Trigo Asa, Eugenia. 2004.

<sup>2</sup> Utilizamos la palabra corpórea o corpóreo como aquello que hace relación a la corporeidad.

Por ello, “la enfermedad es un camino de perfección”. Dethelfsen, T. y Dahlke, R (1993).

### El lenguaje del cuerpo

A partir del momento en que tomamos conciencia de nuestra corporeidad, empezamos a ser conscientes de su lenguaje. Las caricias, los mimos, la lactancia, el aseo; el calor que la madre prodiga al hijo, son las primeras señales corpóreas que despiertan sensaciones en la nueva vida. Empieza a constituirse una sensación de bienestar que nos configura y nos da una idea de lo normal. De esta forma, cuando nos llega la enfermedad, los cambios que se presentan en el cuerpo, las incomodidades y dolencias que surgen, nos sirven para reconocer nuestra limitación y finitud: poco a poco aprendemos que podemos padecer el dolor y que moriremos algún día. Aunque sepamos que el mundo seguirá existiendo, a pesar de que nuestro cuerpo deje de hacerlo, éste es nuestro primer mundo, y pareciera que sin él, no podemos concebir la existencia. La vida es la vida de nuestro cuerpo físico, y nuestra desaparición significaría la desaparición del mundo. La disolución del mundo es nuestra disolución corpórea; éste es un problema ontológico: la vida es la vida porque nuestra propia vida la percibe. Nuestro cuerpo nos comunica con el mundo vital o mundo de la vida<sup>3</sup> y, su existencia depende de la conciencia que tenemos de él: aquí estoy, yo soy, existo, el mundo es lo que percibo con mi ser.

“Tener mundo, es comportarse respecto al mundo, lo que implica estar libre frente a lo que le sale al encuentro, es un mundo que se muestra en oposición al entorno,

puesto que el hombre tiene libertad frente al entorno, lo cual incluye la constitución lingüística del mundo. El hombre está capacitado para elevarse siempre por encima de su entorno casual, porque su hablar hace hablar al mundo... Es elevarse al mundo que no significa abandono del entorno sino una posición completamente distinta respecto a él”. Gadamer (op.cit:532)

Pero aunque la vida tome conciencia de sí gracias a los sentidos de nuestro cuerpo, de poco serviría sin la conciencia del mundo. Después de superar la fase egóica, el ser humano se socializa, primero con su familia, lo que Berger y Luckmann (1983) llaman como socialización primaria; después con un panorama de congéneres: amigos, amantes, hijos, colegas, socios, enemigos, extranjeros, extraños, mendigos, etc. El mundo ya no es sólo mi cuerpo tangible, va más allá. El mundo es el mundo que comparto con otros y toma sentido porque hay otros seres, especialmente por lo que siento por esos otros seres. De nuevo es un sentimiento el que da sentido de vida, esta vez dirigido hacia el sentido de un cuerpo que siente a otros y aquello que nos rodea en relación. Esta es una *sensación* que nos pone en contacto con nuestro cuerpo y nos da sentido vital. El sentido de vida y de muerte cambian; yo existo siempre y cuando hay otros que piensan en mí, puedo morir físicamente pero vivir para otros que aún me recuerdan; entonces: ¿cuándo se muere? ¿Dónde empieza la muerte?; podemos estar muertos en vida cuando no vivimos para nadie o, podemos vivir aún en la muerte por nuestras acciones realizadas en vida. Max Neef (2004).

La enfermedad aquí de nuevo juega un papel importante en esta segunda relación (la del nosotros).

<sup>3</sup> Husserl denomina “Mundo Vital o Mundo de la Vida” a aquel “mundo en el que nos introducimos por el mero vivir nuestra actitud natural, que no nos es objetivo como tal, sino que representa en cada caso el suelo previo de toda experiencia”. Gadamer, con base en lo anterior, comenta que “el mundo vital es siempre un mundo comunitario que contiene la coexistencia de otros. Es el mundo personal, y tal mundo personal está siempre presupuesto como válido en la actitud natural”. En: Verdad y Método I. Gadamer (1984)

La enfermedad y la muerte de otros seres nos produce fuertes impactos y nos hace profundamente conscientes de nuestra finitud, pero además, nos hace conscientes de la necesidad que tenemos de esos otros. En el lenguaje de la vida se alberga el lenguaje de los sentimientos, pero la construcción de esos sentimientos requiere de comunicación y diálogo conmigo, con los otros y con lo otro. El ser humano en cuanto social, es un ser comunicativo que entra en vivencias y experiencias significadas con otros. Es el lenguaje vivo que implica que el otro esté presente, en el que presupone un entendimiento ejercido en vivo.

“En una comunidad lingüística real no nos ponemos primero de acuerdo; al estar en diálogo, estamos ya de acuerdo. Aristóteles consideraba que es el mundo el que se nos representa en la vida común, el que lo abarca todo y sobre el que se produce el entendimiento. Aunque lejos estemos, siempre volvemos a casa”. (Gadamer, op. cit :534)

Cuando enfermamos, lo primero que se necesita hacer luego de comprender que lo que se siente no es normal y nos amenaza, es comunicarlo. Comunicar lo que se siente es fundamental para la vida. La enfermedad nos hace conscientes de nuestra condición de seres sociales. El niño llora intensa y desesperadamente, no lo consuelan fácilmente el calor y los mimos de la madre: con ello, la madre sabe que algo anda mal; cuando adquirimos la palabra surgen los vocablos que expresan nuestras sensaciones: cansancio, malestar, ardor, dolor; se comunican síntomas físicos, expresiones gestuales, cambios de conducta: ¿qué te pasa? Me duele aquí, de tal y cual forma, luego me arde, a veces descanso, pero vuelve, siento picadas, calor, escalofrío; surgen las palabras que dicen lo que nuestro cuerpo nos comunica. Nos volvemos intérpretes, traductores y reporteros de nuestro cuerpo con un fin concreto: pedir ayuda. Quien enferma está en si-

tuación de necesidad y dependencia de otros y para lograr su ayuda la palabra es fundamental.

Podemos decir entonces, que primero aparece una comunicación interior. Cuando en el cuerpo surgen señales que nos desagradan, nos alteran y nos impiden atender la vida cotidiana, se inicia un primer diálogo: hablamos con nosotros mismos, ¿qué me pasa?, ¿es esto normal?, ¿por qué me siento mal?, ¿será lo que comí?, ¿tendré un resfriado? Surge la necesidad de saber y entender lo que ha cambiado en nuestro cuerpo; recurrimos a nuestras experiencias y conocimientos, analizamos el comportamiento de los síntomas, evaluamos los cambios que tienen con el curso del día y con nuestras actividades. Pero además, valoramos las posibles repercusiones: el tiempo que podrá durar el problema, las dificultades que genera para nuestro trabajo, los costos que podrá tener que atenderlo, las actividades que tendré que posponer. La enfermedad nos hace no sólo comunicar, sino también dialogar. Dialogamos con el pasado para comprender lo que pueda significar el presente y de allí nos lleva a dialogar con el futuro para visualizar lo que podría significar su progreso. Enfermar nos expone ante una situación extrema, enfermar nos coloca en crisis

Como suele ser difícil que podamos responder por nosotros solos a la enfermedad que nos aflige - incluso siendo médicos -, el dialogo interior se hace insuficiente y necesitamos salir en busca de relación al exterior. La enfermedad nos hace impotentes y huérfanos; al estar enfermos buscamos compañía, consuelo, cuidados y alivio. Inicialmente, buscamos ayuda con nuestros más próximos, caso de la madre con su hijo enfermo, quien se torna solícita y orienta sus cuidados; pero el papel del otro próximo lo representa además de la madre, otros familiares y amigos que pueden entender nuestro sufrir. Cuando esto no basta, por fin recurro al mé-

dico, pero con la convicción de entender desde el otro mi existencia y no sólo mis dolencias físicas.<sup>4</sup>

Este debe ser el papel del profesional de la salud. Por ejemplo, en la enfermería: se asume como uno de sus roles fundamentales el *cuidado*; desde la enfermería, se tiene la responsabilidad directa del cuidado del paciente como bañarlo, administrarle medicamentos, tomar muestras para el laboratorio, además de estar atenta de otras necesidades del paciente de las que comúnmente no se habla como su ser emocional; esto último no hace parte de los discursos formales de la salud en cuanto a funciones instrumentales, sino que es una función más social; inclusive, de relación afectiva en el reconocimiento del otro que, en términos de Levinas (1987:11), “se trata de considerar a ese otro como alguien distinto a mí pero que a su vez, se parece a mí”; permitiendo entonces, desde el cuidado que se ejerce al paciente, sentimientos que tocan con su intimidad.<sup>5</sup>

Desde el diálogo, se cruzan afinidades y diferencias, pues ese otro (paciente) «también puede tener la razón». Aquí el diálogo y la palabra no son meramente accesorios de comunicación y entendimiento, sino que son esenciales al encontrarse y ser en la palabra algo en común, pues en medio del habla, el otro me aprehende y a la vez, yo lo aprehendo a él. En los cuidados que brinda la enfermera al paciente, emerge el diálogo relacionado con su estancia en el hospital;<sup>6</sup> su estado mental y emocional de no ser visitado por sus familiares, su percepción frente al dolor en un tratamiento, la intimidad de mostrar su desnudez en los baños matutinos, y otras serie de per-

cepciones relacionadas con su enfermedad. Relación de afecto y complicidad que se establece poco con el médico, pero que suele ser más espontáneo y natural en la enfermería. Ver (Jaramillo et.al. 2002 y Grupo de Cuidado, Universidad Nacional 2000).

Claro que la enfermedad no solo necesita afecto, la enfermedad debe ser entendida y atendida y para ello necesita ser comunicada y dialogada. La mejor atención de la enfermedad se da cuando se logra su comprensión, y para que esto sea posible se requiere comprender otro lenguaje; el lenguaje corpóreo, que es la expresión de lo que sentimos desde nuestro ser total (cuerpo, pensamiento y emoción).

“Una tercera parte de la comunicación es verbal, las dos terceras restantes son no - verbales y de la porción verbal solo el diez por ciento está representado por las palabras, la restante expresión es dada por la forma en que se expresan las palabras en su tono e inflexión; las señales no verbales son cinco veces más impactantes que las señales verbales”. Fast (1997:16).

Quien aspire a comprender el lenguaje del cuerpo, debe aprender dos idiomas: las palabras que nacen de las sensaciones, recuerdos e ideas, y las expresiones corpóreas, gestuales; el conjunto de estos nos habla de la persona y sus problemas, que para el caso particular sería sus dolencias.

### Enfermedad: Dolor y placer apalabrado

La enfermedad nos hace sujetos cautivos del lenguaje corpóreo. Estar enfermo es estar obligados a atender nuestro cuerpo que reclama atención,

<sup>4</sup> El encuentro con el médico tiene una meta fundamental: comprensión; se debe pasar de la queja al dialogo.

<sup>5</sup> Entendido lo íntimo como “lo más interior, lo más interno; se aplica más a lo sustancial y esencial de algo.” (Grijalbo, 1996:1030).

<sup>6</sup> Entendido el hospital por su origen como espacio donde recibimos hospitalidad, como una manera de acoger y servir a otro que está frágil y desvalido. Etimológicamente hospital es socorrer y albergar al extranjero necesitado: hospedaje, hospicio y hospitalidad comparten esta raíz.

éste urge cuidados y exige respuestas. Fuera de la enfermedad, tal vez el placer sexual nos hace tan conscientes de las señales del cuerpo. El ejercicio o el trabajo nos ponen en contacto con lo que somos, pero no nos hablan tan fuerte como el placer y el dolor. Placer y dolor son los despertadores de nuestros sentidos; sabemos con certeza que estamos vivos bajo sus efectos. Al fin y al cabo placer y dolor son caras de la misma moneda, sensaciones intensas que nos hacen conscientes de la vida. Con frecuencia, vivimos parte del tiempo en nuestro cuerpo sin sentirlo. Buscamos el placer para sentirnos vivos, pero tan pronto como lo alcanzamos somos conscientes de su existencia efímera y perentoria; de su transitoriedad, el placer es sólo una ilusión pasajera y limitada, un camino seguro y cierto hacia el dolor de reconocer que ha transcurrido. Una vez alcanzado el placer experimentamos temor de perder lo que nos sacia y a la vez insatisfacción de ver que aquello que nos llena, en realidad nos deja vacíos; pero esa desilusión es tan pasajera como la ilusión que nos lleva en su búsqueda y entonces reincidimos. Krishnamurti (1992). Placer y dolor son responsables del sentimiento trágico de la vida. No hay dolor más grande que acordarse del tiempo feliz en la desgracia, en cambio no hay placer alguno en recordar la desgracia en el tiempo de la prosperidad dice Unamuno (1983).

El lenguaje del cuerpo enfermo es el lenguaje del sufrimiento y del temor de nuestro ser corpóreo (físico-mental-emocional). Se sufre por el dolor y se teme por la muerte, la enfermedad de aquellos seres que queremos nos recuerda que ellos son también pasajeros. Reconocer la muerte es un rasgo humano, los ritos funerarios que practicaban ya los

Neandertales tienen un significado trascendente. Ver (Carbonell y otros 2003). Rendir tributo al ser que se va es rendir tributo a la vida, dar *sepultura* es algo más que un acto social o un rito religioso, reunirse ante el sepulcro del ser querido es un acto de amor y dolor, es un lenguaje espiritual. Lee Hotz (2003). El dolor y la muerte de los seres más queridos, como sucede con los hijos, es la más dolorosa de las experiencias. Estamos dispuestos a morir primero que los hijos, biológica y emocionalmente nos preparamos para ello, pero no estamos dispuestos a verlos morir, son parte de nuestra vida y su muerte se convierte en nuestra muerte anticipada, en la pérdida de lo más amado, es la pérdida de lo co-creado, de nuestra obra más trascendente, la creación de otra vida.

El lenguaje del dolor es un lenguaje complejo. Cada persona expresa las sensaciones de acuerdo a sus experiencias previas. Esto sucede especialmente con el dolor crónico. El dolor se describe como una sensación desagradable y una experiencia emocional que es subjetiva y que se expresa con palabras relacionadas con experiencias lesivas que ha tenido cada persona desde su infancia.<sup>7</sup> Hablar de lo que se siente no es sencillo. Las sensaciones del cuerpo varían con el estado de ánimo, la personalidad, el ambiente educativo y las circunstancias sociales, entre otros; ello hace que un malestar en una persona sea insoportable y en otra insignificante. Las sensaciones corporales están sujetas a dos interpretaciones: las que la mente hace del cuerpo y las que la cultura hace en el contexto social del padecer. Por ello, el campesino es normalmente poco quejoso de molestias físicas y hasta puede enorgullecerse de su capacidad de soportar dolor, su tenacidad los erige en *robles* o los hace ‘bue-

<sup>7</sup> Ver al respecto el informe de la International Association for the study of pain. Pain terms. Pain. 6: 249; 1979. 14: 205; 1982.

yes'; mientras que a un joven susceptible a mínimas molestias, la enfermedad lo puede hacer frágil 'porcelana'. En tal sentido, sufrir puede ser un acto valeroso o una tragedia escogida.

En sí mismo el dolor es una representación del mundo físico, emocional, mental, social y cultural de las personas. Un ejemplo de ello, es el dolor músculo-esquelético; el más común, aparece por traumatismos, actividades repetitivas, posturas poco activas o de trabajo pesado, lo cual se agrava si la persona previamente es sedentaria o se sobre-esfuerza en una actividad; pero además de las circunstancias ambientales, las emocionales son también factores de riesgo del dolor; la insatisfacción con el trabajo, las relaciones sociales ingratas, la depresión, el estrés y la ansiedad, facilitan la aparición de dolor incluso sin un factor físico desencadenante. Los conflictos psíquicos pueden representarse como fenómenos de conversión: un rechazo amoroso se acompaña de dolor en el pecho, la sensación de llevar muchas responsabilidades como dolor de espalda, una persona confundida tiene dolor de cabeza, una fiebre severa puede ser un castigo divino. Ver (Kelly 1997). En este sentido, el dolor se suele expresar como metáfora de lo que se siente, especialmente cuando no se sabe expresar con palabras. Por tanto, el dolor responde a representaciones del modelo espiritual-emocional que tiene el ser humano de sí mismo y que a partir de estas concepciones, cada cultura desarrolla un lenguaje del cuerpo y asume la enfermedad.

Hablar de las sensaciones del cuerpo es dar nombre a lo innombrable. Cuando nos embarga el dolor o el placer ¿qué importan las palabras? Tal vez ellas cobran sentido cuando miramos de lejos lo vivido y queremos evocarlo o, cuando buscando superar el dolor, necesitamos ayuda. Por eso, cuando reflexionamos sobre experiencias placenteras o dolorosas,

nos reconocemos humanos en tales circunstancias y necesitamos darles nombre, apalabrarlas. Placer y dolor son expresión de totalidad; envueltos en el dolor o el placer somos íntima y eternamente nosotros, nos sabemos en unidad cuando disfrutamos o sufrimos intensamente. Ambas situaciones extremas nos acercan a lo sublime de forma total: gozar o padecer remiten a la ineludible necesidad de trascender, de cuestionarnos por lo que hay más allá de aquello que nos pone en condición extrema, nos enfrenta con el espíritu, con la divinidad. Surge la plenitud como sensación y pregunta a la vez, se hace imperativo conocer su sentido. Es por esto, que para dar alguna explicación y buscar significado necesitamos del lenguaje. Platón consideraba que *lo humano*, por naturaleza, son el placer, el dolor y los deseos. Cárdenas y Fallas (2003). Sin embargo, cuando tratamos de expresar tan recónditas percepciones son bien difíciles las palabras. El libro del Tao dice:

El Tao que puede ser expresado no es Tao perpetuo,  
El nombre que puede ser nombrado no es nombre perpetuo.  
Sin nombre, es Principio del Cielo y de la Tierra,...  
Su vacío es para el Tao su eficacia. Nunca se colma...  
(1983:97)

Sin embargo, tal vacío tiene un sentido. El vacío existencial nos impulsa a vivir, a ser trascendencia. A pesar de faltarnos palabras, nos sobran deseos después de cada situación intensa, nuevos deseos de vivir o incluso de morir. Nos levantamos como el ave Fénix de entre las cenizas o por el contrario, nos vienen profundas decepciones y depresiones, dándose al contrario: el desencanto del vivir. Pero independiente del sentido que nos impulsa ese vacío, hay una energía intensa y transformadora. Para llegar a percibir la importancia de la vida es necesario percibir lo profundo de la muerte. Valoramos la vida estando cerca de la muerte. "Quien tiene

algo por qué vivir es capaz de soportar cualquier cómo”, decía Nietzsche y ese cómo, la salvación del hombre, de una u otra forma está atravesado por el amor. Nadie puede ser conocedor de la esencia de sí mismo o de otro ser humano sin amor. Citado por Frankl (1995:78,110).

## Comunicación médico-paciente

“Yo les pregunto a los médicos y ellos me contestan que hay cosas que uno no entiende, porque uno no entiende los términos de ellos”... “las palabras que ellos usan no siempre las entiendo, es como cuando hacen una fórmula que uno tiene que ir a una farmacia para que le expliquen a uno porque uno no entiende. Escriben y hablan muy enredado.” (Relatos Paciente).<sup>8</sup>

En estudios recientes, la percepción del paciente respecto al médico se comprende porque éste (el paciente) confía más en él por su conocimiento acerca de su enfermedad y respectivo tratamiento, que por la relación de diálogo que se pueda establecer entre los dos; es decir, el paciente confía que el médico es aquella persona que posee las aptitudes y competencias para tratar su enfermedad. Confianza más desde el tratamiento instrumental de la enfermedad que desde el afecto. Seguridad que guarda la esperanza de su recuperación y alivio, y no una confianza mediada por un trato que responde al afecto; inclusive, y en términos de Foucault, en la «mirada» que se otorga a partir del conocimiento del otro y no sólo en el conocimiento de los libros. Ritzer (1996).

«El médico sigue siendo el representante de la ciencia del saber» Martos Pérez (1998:40); saber instrumental que se aleja del trato con el otro al no asumir las ciencias de la salud como un factor social, sino cuántico e instrumental que predice con

cierta exactitud e imprecisión el estado del paciente. Desde esta perspectiva, Foucault considera que se cambió de una estructura basada en un lenguaje sin palabras a partir del conocimiento profundo en el otro, a una estructura anatómica-clínica, lo cual supone, un enorme cambio en la medicina occidental al tratar al paciente funcionalmente.

«Los doctores ya no jugaban a lo mismo; se trataba de un juego diferente con reglas diferentes. El juego consistía en que las personas (los pacientes) se habían convertido en objeto de conocimiento y práctica científica, en lugar de ver la enfermedad como entidad». Foucault (2000:8).

La medicina clásica que se transformó en medicina científica trajo consigo nobles aciertos de racionalidad y pétreos desaciertos de afectividad. Hoy día que la tecnología agilizó la velocidad y precisión diagnósticas y que contamos con más y mejores opciones terapéuticas, ha surgido un declarado deterioro de la calidad de la atención médica, que además de las brechas económicas y administrativas (generadas en su institucionalización y privatización) para acceder a los posibles beneficios, se han erigido obstáculos dialógicos de parte del personal de salud. Los médicos, especialmente aquellos dedicados a la atención primaria, parecen estar perdiendo en proporción inversa al incremento del conocimiento y el estrés de su profesión, su afectividad, su sencillez y devoción; hecho que se ve expresado en un lenguaje técnico, frío y distante que algunos pacientes critican públicamente (Ver Bobadilla 2003).

El médico entonces, tiene poco en cuenta, ese conocimiento de la enfermedad que se fundamenta en el reconocimiento y comprensión mutua; éste responde más a principios de verticalidad instru-

<sup>8</sup> Estos relatos hacen parte de una investigación realizada con estudiantes de enfermería en el año 2002, acerca de la Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud. Programa de Enfermería. Facultad de Ciencias para la salud. Universidad de Caldas.

mental, de una orden prescrita materializada en una fórmula. El médico podrá conocer la enfermedad que padece el paciente y su respectivo tratamiento, pero, ¿qué tanto llega a conocer de su aspecto emocional y afectivo? El paciente recibe información sólo cuando pregunta, de lo contrario no recibirá la explicación a su duda; muchas veces, éste (paciente) se queda sin resolver sus preguntas debido a que no entiende el vocabulario del galeno, acción del médico que niega la legitimidad del otro como persona tal y como lo expone Skjervheim citado por Habermas

“Podemos tratar las palabras que el otro profiere como sonidos; o si entendemos sus significados, podemos todavía tratarlas como hechos, registrando como un hecho lo que el otro dice; o podemos tratar lo que el otro dice como pretensión de conocimiento, en cuyo caso no sólo nos ocupamos de lo que el otro dice como un hecho de su biografía, sino como algo que puede ser verdadero o falso; en los dos primeros casos el otro es un objeto para mí, aunque por vías distintas, mientras que en el último el otro es un prójimo que me concierne como alguien que está en pie de igualdad conmigo, en tanto que ambos estamos implicados en nuestro mundo común.” (1999:27).

O bien el médico, puede tratar al paciente como fuente de datos, que simplemente comenta algo como hecho causal de su enfermedad; o lo puede «tomar en serio» al intentar comprender su subjetividad respecto al padecimiento de su enfermedad; sólo podemos comprender al otro cuando lo asumimos radicalmente como otro y a la vez como sujeto. Cuando se “toma al otro en serio”, cuando se le escucha con atención, y cuando son dos los que hablan; el diálogo empieza a emerger, en tanto son dos lo que hablan y dos son los que se aprehenden en el mágico mundo de la intersubjetividad en torno a una acción y saber llamada enfermedad; ésta debe ser atendida y tratada por *los dos* y no por el conocimiento experto de uno de ellos (el médico).

Existen estudios que evidencian cómo los médicos se ven afectados por una enfermedad profesional llamada Burnout, caracterizada por un agotamiento emocional y de despersonalización -los pacientes son vistos como «casos»- y baja realización personal. Martínez (2003). Sin embargo, estas situaciones no pueden generalizarse y aún son muchos los espacios médicos donde la atención médica es reconocida como de alta calidad, no sólo técnica, sino especialmente humana.

La palabra, la más antigua, extensa e importante discurre en una entrevista: *la consulta* es un espacio necesario para escuchar y expresar; para crear el *diálogo terapéutico*. La entrevista médica se inicia con la disposición del médico para escuchar y del paciente para expresar; pero en medio del diálogo, ambos deben escuchar y expresar; allí confluyen síntomas, temores o dudas que se despliegan y amplifican mediante preguntas y respuestas; posteriormente, la conversación concita la capacidad del médico para analizar, explicar y proponer, así como la participación activa del paciente; dialogar en consulta es potenciar un acto de creación, de descubrimiento, es descifrar y discernir el acertijo de la enfermedad. El diálogo en consulta hace de la enfermedad un proyecto de transformación humana para todos sus actores; permite una construcción creativa, comprender y vislumbrar opciones, camino de la concreción del *hecho terapéutico*. Este hecho terapéutico que resulta del diálogo, como acto de la palabra compartida, es amplitud y cambio de un estado de consciencia a otro: tal vez a este cambio de consciencia es que podríamos llamar *salud*, especialmente por el hecho de ser un *proceso en cambio*, más que un simple *estado*. Atendiendo a la dinámica y compleja mutación de la vida, la salud es un desplazamiento desde la posibilidad de poder enfermar hacia la posibilidad de saberse capaz de cambiar. Bohórquez (2003).

## Conclusión

Porque del diálogo terapéutico surge del hecho terapéutico, se puede reivindicar la medicina como espacio de emancipación, autonomía y reconocimiento. Porque en diálogo, médico y paciente se hacen sujetos que se transforman y contribuyen en la transformación del otro, la enfermedad es opción de evolución, redención y crecimiento, y no simple calamidad humana. Porque la palabra se hace curativa, el diálogo entre médico y paciente es camino hacia la salud, superación de la pena y alivio del dolor. Por tanto, la atención de la salud exige una preparación no sólo técnico – científica de tipo instrumental, sino también humana, entendida ésta última como la actitud del profesional puesta en el sujeto; en el pleno desarrollo y bienestar de lo que se es como persona. No se trata de visualizar al paciente desde una mirada anatómico – funcional, sino social, espiritual; es decir, desde el “desarrollo de lo humano”. Legitimarlo como sujeto de derechos (de bienestar y desarrollo) y no como usuarios de un servicio asistencial. De lo que se trata entonces, es de promover en los pacientes, más allá de su enfermedad, “la puesta en marcha de sus capacidades humanas” Rey (2000).

## Epílogo

### En la enfermedad

*“Me ha llegado la enfermedad y he perdido el valor de vivir. Mientras mi cuerpo se encontraba bien, di la salud por supuesta. Soy un hombre sano y fuerte, puedo comer cualquier cosa y dormir en cualquier sitio, puedo trabajar todas las horas que haga falta al día, puedo enfrentarme al sol del verano, a la nieve del invierno y a la humedad enfermiza de los largos meses de los monzones.*

*Tengo a veces un dolor de cabeza o un catarro de estornudos, pero desprecio las medicinas y evito a los médicos, confío en que mi fiel cuerpo me sacará de cualquier crisis y derrotará a cualquier microbio en interés de mi trabajo, que no puede esperar, ya que es trabajo por Dios y por su pueblo. Estoy orgulloso de mi robustez, y cuento con ella para poder seguir trabajando sin descanso y viviendo sin preocupación.*

*Pero ahora me ha llegado la enfermedad, y estoy destrozado. Destrozado en el cuerpo, entre las sábanas ardientes de una cama en la enfermería, y destrozado en el alma, bajo la humillación y el apuro de mi salud rota. Me da vuelta la cabeza, me palpitan las sienes, me duele todo el cuerpo, el pecho tiene que forzarse a respirar.*

*No tengo apetito, no tengo sueño, no quiero ver a nadie y, sobre todo, no quiero que nadie me vea en este estado de miseria que parece va a durar para siempre.*

*Si el cuerpo me falla, ¿como voy a seguir viviendo?*

*La enfermedad de mi cuerpo es su lenguaje, su manera de hablarme, de decirme que lo estaba maltratando, ignorando, despreciando, cuando de hecho él es parte íntima de mi ser. Como el niño llora cuando nadie le hace caso, así se queja mi cuerpo, porque yo lo he desatendido. Esas quejas son la fiebre, la debilidad y el dolor en que se expresa. Quiero escuchar su lenguaje, interpretar su sentido y aceptar su verdad.*

*Mi cuerpo esta tan cerca de mí que yo lo daba por supuesto y no le hacía caso. Y ahora él me dice, callada y dolorosamente, que no está dispuesto a aguantar más esa negligencia. La enfermedad es sólo un rompimiento entre el alma y*

*el cuerpo, entre el ideal y la realidad, entre el sueño imposible y los hechos concretos.*

*La enfermedad me devuelve a la tierra y me recuerda mi condición humana. Acepto la advertencia y me propongo reestablecer el diálogo con mi cuerpo que nunca debí haber interrumpido.*

*Pero ahora, en las largas horas de inactividad forzada, mis pensamientos se vuelven casi necesariamente hacia mi cuerpo, y comienzo a verlo bajo otra luz y a recobrar una relación con él que nunca debí haber perdido.*

*Vamos a recorrer la vida juntos, mi querido cuerpo, de la mano, al mismo paso, mientras los ritmos de tu carne dan expresión a la marea de ideas y sentimientos que sube y baja en los acantilados de mi mente. Sonríe cuando me alegro y tiembla cuando tengo miedo; relájate cuando descanso y tensa los nervios cuando me concentro en los problemas de la vida. Avisame cuando se avecine algún peligro, comunícame tu cansancio antes de que sea demasiado tarde, y hazme llegar tu aprobación cuando te encuentres a gusto y estés de acuerdo con lo que hago y disfrutes de la vida conmigo”.*

*VALLÉS Carlos. Busco tu rostro: orar con los salmos. Salmo 37.*

## Bibliografía

- BERGER y LUCKMANN. La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Ediciones Amorrortu. 1983.
- BOBADILLA, José. Auscultando a mi médico. Popayán. Diario El Liberal. 2003.
- BOHÓRQUEZ, F. El diálogo en la relación Médico - paciente. Un Modelo formativo para la Educación Médica y la Educación en Salud. Popayán. Anteproyecto de tesis. Doctorado en Ciencias de la Educación. Rudecolombia. 2003.
- CAPRA, F. Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo. Barcelona: (D. Sempau, Trans. 1ª ed. Vol. 1). Anagrama. 2002.
- CARBONELL, Eudald; MOSQUERA, Marina; OLLÉ, Andreu, et al. Les premiers comportements funéraires auraient-ils pris place à Atapuerca, il y a 350 000 ans? Elsevier, France L'anthropologie. p.p 1-14, 2003.
- CÁRDENAS, M; Fallas, L. En diálogo con los griegos. Bogotá. Ed. Sociedad de San Pablo. 2003.
- DETHELSEN, T. y DAHLKE, R. La enfermedad como camino, una interpretación distinta de la medicina. Bogotá. Plaza y Janes, 1993.
- Diccionario Enciclopédico Grijalbo. Barcelona: Ediciones Grijalbo. 1996.
- FAST, Julius. El lenguaje del Cuerpo. Barcelona. Kairos. 1997.
- FRANKL, Víctor. El Hombre en busca de sentido. Barcelona. 17ª ed, Herder 1995.
- FOUCAULT Michel. Médicos y enfermos. Historia de la locura en la época clásica I. Bogotá. Fondo de Cultura Económica. Tercera Reimpresión. 2000.
- GADEMER, Hans-Gerog El lenguaje como medio de la experiencia hermenéutica. En: Verdad y Método. Salamanca. Sígueme. 1984.

- Grupo de Cuidado de la Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia. Publicaciones Facultad de Enfermería. Bogotá, 2000.
- HABERMAS J. Teoría de la Acción Comunicativa, Tomo I: Racionalidad de la Acción y Racionalización Social; y Tomo II: Crítica de la Razón Funcionalista. 4º ed. Madrid: Taurus 1999.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms. Pain. 6: 249; 14: 205; 1982.
- JARAMILLO, Luis Guillermo et. al. Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud. Programa de Enfermería. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas. 2002.
- Krishnamurti. J. Temor, placer y dolor. Pláticas en Saanen. México. Orión sexta edición. 1992.
- LAO-Tse. TAO Te King. Barcelona. Ediciones Orbis S.A. 1983.
- Lee Hotz, Robert. Scientists Find Prehistoric Ax that May Bear Earliest Sign of Human Spirituality. Los Angeles Times Sunday, February 23. 2003.
- LEVINAS, Emmanuel. De otro modo de ser, o más allá de la esencia. Salamanca. Ediciones Sígueme. 1987.
- MARTÍNEZ DE LA CASA Muñoz A, et al. Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. España. Aten Primaria 2003.
- MARTÍNEZ E., Leonor. Diccionario de Filosofía Ilustrado: Autores contemporáneos, lógica, filosofía del lenguaje. 3ra Edición. Bogotá: Panamericana. 1997.
- MAX NEEF, Manfred. Saber y Comprender. En: Memorias del I Congreso Internacional en Docencias Universitaria. Universidad de Nariño. Pasto. Colombia. 2004.
- MERLEAU-PONTY, Maurice. Fenomenología de la percepción. Barcelona. Península Quinta edición. 2000.
- MARTOS P., Ana Rosa. Reflexiones sobre la enfermería especializada a comienzos del siglo XXI. Rev. Index de enfermería. 27:51-52. 1999.
- REY Germán Cultura y Desarrollo Humano: Unas relaciones que se trasladan. Rev. Pensar Iberoamérica. Revista digital de Cultura 0. <http://www.campus-oei.org/pensariberoamerica/ric00a04.htm>. 2000.
- RITZER George. Teoría Sociológica Contemporánea. Universidad de Mariland. México. Mc- Craw- Hill. 1996.
- TRIGO Aza, Eugenia La Motricidad, Un Logos Encarnado. Grupo de Motricidad y Desarrollo Humana. Universidad del Cauca. Popayán. Equipo investigación Kon-traste ([www.kon-traste.com](http://www.kon-traste.com)). 2004.
- UNAMUNO. Miguel. El sentimiento trágico de la vida. Barcelona Bruguera libro blanco. 1983.
- VALLES, Carlos. Busco tu rostro. Orar los Salmos Editorial: Sociedad de San Pablo, Colombia. 12ª. ed. 272 págs.

