

**EL DIÁLOGO COMO SUSTRATO ÉTICO DURANTE LA CONSULTA
PSIQUIÁTRICA.**

Arturo G. Rillo*

(*) Doctor en Humanidades, Jefe del Departamento de Fisiología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México.

Dirección Postal: Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México

Jesús Carranza esq. Paseo Tolloca s/n, Colonia Moderna de la Cruz, Toluca, Estado de

México, CP 50180, México. Correo Electrónico: dr_rillo@hotmail.com

Resumen

Introducción: En la consulta psiquiátrica, se realiza un encuentro donde el diálogo médico-paciente adquiere una dimensión existencial que posibilita recuperar el sentido de una ética originaria. **Objetivo:** Exponer los elementos que posibiliten recuperar el horizonte de sentido para una ética originaria sustentada en la facticidad de la existencia a la que conduce el poder terapéutico de la palabra durante el encuentro médico.

Material y método: Se realizó una investigación hermenéutica que incluyó las siguientes fases: analítica, comprensiva, reconstructiva y crítica. Las categorías de análisis fueron: poder terapéutico de la palabra, sentido existencial del lenguaje, dialéctica del diálogo. Los principales autores confrontados son Hans-Georg Gadamer y Martín Heidegger. **Resultados:** La construcción del horizonte de comprensión desde la hermenéutica filosófica, permite comprender la naturaleza dialogal del encuentro entre médico y paciente. En este sentido, el núcleo de la praxis psiquiátrica se ubica en la fusión de experiencias circunscritas a la dimensión existencial de ambos interlocutores, y que son expresadas mediante el diálogo. Entonces el diálogo en la consulta psiquiátrica, recupera el poder de la palabra como terapia, que tiene además por función posibilitar al paciente poder incluirse en el mundo de la vida comprendiendo su estar-en-el-mundo desde la tradición a la que pertenece adquiriendo la responsabilidad de vivir una vida digna y solidaria. **Conclusión:** El poder terapéutico de la palabra que se va gestando en la dialéctica del diálogo genera nuevas solidaridades en el paciente, de manera que el diálogo configura el sentido originario del encuentro entre el médico y el paciente.

Palabras clave: Diálogo, Consulta psiquiátrica, Hermenéutica Filosófica, Terapia por la palabra, Gadamer, Heidegger.

Introducción

En 1996, Horacio Jinich hacía referencia a la dicotomía del quehacer médico a través del concepto de “médico roto”. Dicotomía caracterizada, por una parte, por “el costado del sentido humano, empapado de bondad, conciencia, caridad al prójimo y responsabilidad”, y por otra, “opuesta, lejana, tal vez sucia, del materialismo invasivo dentro de la profesión médica”; señalando además la necesidad de “regenerar la moral del médico, dentro de ese recóndito escondite representado por la fusión de la ciencia con el humanismo, del proceso técnico por excelencia con la captación de cuanto eleva el proceso de los valores ético-morales” (1).

Esta dicotomía del “médico roto” revela además la tensión entre el saber científico-técnico del médico y el saber práctico del paciente durante la consulta médica, considerando que el paciente es todo ser humano que demanda un servicio de salud, sea curativo o preventivo. ¿Sucede lo mismo en términos de la consulta médica psiquiática?

La incursión de la medicina en la era tecnológica (2) modificó el encuentro entre médico y paciente dando en consecuencia dos condiciones fundantes del “médico roto”: la subordinación del encuentro médico al uso de la tecnología en la intención de dominar la enfermedad que ataca al cuerpo y, el desplazamiento de la clínica junto con la exclusión de la dimensión humana del padecer del enfermo (3).

Ambas condiciones en las que se funda la relación médico-paciente contribuyen a reducirlo a una interacción que facilita la objetivación y cosificación del paciente, es decir, el paciente es extraído del mundo, aislado de su circunstancia de vida y del acontecer de su historicidad como ser humano, para mirarlo como un objeto inanimado, como una máquina que tiene problemas en su funcionamiento y que deben ser resueltos, para lo cual es imprescindible el uso de tecnología médica.

El vínculo que surge en esta relación médico-paciente está mediado por la tecnología que la disocia en dos relaciones: médico-máquina y máquina-paciente (4); lo que a su vez propicia que la aplicación científica y técnica del conocimiento médico durante el acto médico defina valores éticos sobre una moral que se construye cotidianamente en un mundo globalizado como respuesta a la tercera revolución científica de la medicina donde el impacto de la tecnología y de la ética es, en muchos aspectos, insospechado.

En este sentido se comprende tanto la limitación de la bioética para atender los riesgos que genera el uso indiscriminado de la tecnología médica frente a los retos de la sociedad contemporánea como la aparición de prácticas como la “medicina defensiva” y el “escarnio terapéutico”. Ambas limitaciones ofrecen al médico la posibilidad de realizar una práctica médica orientada a evitar la iatrogenia médica, sea por omisión o por comisión. Albert Fraenkel, hablaba a principios del siglo XX, del médico como causa de enfermedad. En términos de salud, también se procura evitar la medicalización de la salud (5) mediante el uso indiscriminado y sin juicio clínico de la tecnología (6).

El desarrollo científico de las ciencias de la vida y los problemas que originan su aplicación han abierto nuevos caminos de reflexión a las humanidades médicas frente al vínculo formado entre el médico, la tecnología y el paciente que se desarrolla en términos de la relación médico-paciente. Esta relación es el escenario natural y obligado para el acto médico el cual se puede desarrollar en una diversidad de ambientes: el consultorio médico, la casa del paciente, la cama de hospital.

Al mirar el escenario en el que el ser humano (sea médico o paciente) actúa para “efectuar lo que debe, para cumplir su *quehacer*” (7); se constata que es un ser que está ahí, inmerso en el mundo de la vida, articulándose, a decir de Heidegger (8), con el mundo circundante, el mundo compartido y el mundo del sí mismo, con los que

establece –según Gadamer- tres tipos de relaciones: consigo mismo (yo-yo), con el otro (yo-tú) y con los demás (yo-nosotros) (9).

En el mundo circundante, tratamos con objetos, cosas o situaciones, de manera que al relacionarnos con él nos ocupamos de los quehaceres mundanos. En el mundo compartido, tratamos con las demás personas; y al relacionarnos con ellas incurSIONAMOS en la preocupación por las demás personas con las que el ser humano comparte el mundo; y, en el mundo propio, tratamos con las vivencias propias del ser humano, de tal manera que la relación se ubica en las inquietudes de cada uno o las preocupaciones propias de sí mismo (8,10,11).

En este contexto, la consulta psiquiátrica, a través de la relación médico-paciente, encuentra en el ámbito del mundo de la vida el escenario fundamental de la experiencia de vivir, de estar-ocupado-en-algo, de mantenerse-abierto-hacia-algo, confrontando la experiencia de la enfermedad mental con la vivencia de la misma mediante la relación entre un yo y un tú, o bien, entre el otro y lo otro del otro, que conduce, a través del diálogo entre médico y paciente, a una dimensión existencial que posibilita recuperar el sentido de una ética originaria.

Entonces, la consulta psiquiátrica no puede ser reducida a la relación médico-paciente ni a su función curativa; sino que debe abrirse a la reflexión ética y al conjunto de actividades teóricas y prácticas que tienen lugar en una sociedad para cuidar la salud mental y atender la enfermedad mental, centrándose no sólo en el individuo sino también en los procesos de trabajo, en el modo de vida, en el bienestar espiritual y en las condiciones generales de reproducción de la sociedad.

Es decir, el encuentro entre médico y paciente se orienta hacia un re-encuentro dialógico de convivencialidad mediante el cual la consulta médica psiquiátrica y el acto médico se contextualizan en términos de la emisión de un “consejo médico”, además de

que permite orientar el sentido de nuestro análisis hacia la utilización del conocimiento técnico-científico de la medicina y las consecuencias derivadas de dicho uso, situándonos en el ámbito de la responsabilidad.

Con el propósito de exponer los elementos que posibiliten recuperar el horizonte de sentido para una ética originaria sustentada en la facticidad de la existencia a la que conduce el poder terapéutico de la palabra durante el encuentro médico, es preciso recuperar el encuentro médico como el escenario originario del vínculo entre médico y paciente, para lo cual se exploran a continuación la naturaleza lingüística del encuentro médico, el diálogo como núcleo de este encuentro y posibilidad terapéutica, lo que contribuye a conformar un horizonte para conceptualizar la solidaridad como sustrato ético originario del diálogo dando un sentido terapéutico a la palabra dicha en la posibilidad de ofrecer al otro un consejo médico.

Material y método

El estudio se circunscribe al campo de la investigación filosófica, desde la perspectiva de la hermenéutica desarrollada por Hans-Georg Gadamer, quien comprende por hermenéutica, una teoría de la comprensión. La hermenéutica filosófica no es una teoría general de la interpretación ni una doctrina diferencial de sus métodos, sino que permite rastrear y mostrar lo que es común a toda manera de comprender cuando se sitúa al ser humano en la experiencia de estar-en-el-mundo.

En este enfoque de la hermenéutica contemporánea, el conjunto de la experiencia del ser humano presenta un carácter móvil cuando está en el mundo de la vida, y es a través de esta movilidad como va adquiriendo consciencia de su finitud de manera que la comprensión consiste en tomar conciencia de lo que ocurre realmente cuando algo se ofrece a la comprensión, por lo que considera que la comprensión pertenece a la historia efectual, esto es, a la conciencia de la tradición que actúa sobre el

ser humano cuando trata de comprender lo que le muestra el mundo de la vida en su experiencia más propia (12,13).

La apropiación de la tradición está sometida al modo como nos experimentamos unos a otros y como experimentamos las tradiciones históricas y las condiciones naturales de nuestra existencia; por lo tanto, la hermenéutica filosófica, considera como un proceso unitario la comprensión, la interpretación y la aplicación; elementos que perfectamente concatenados y sin posibilidad de disociación o ruptura, conforman el llamado círculo hermenéutico, lo que implica que el método en la hermenéutica no sea un procedimiento preestablecido, sino la búsqueda de los diversos modos de comprensión (14), por lo que le subyace como estructura lógica concreta del trabajo hermenéutico la dialéctica de la pregunta y la respuesta.

Desde estos supuestos teórico-metodológicos, el desarrollo del estudio incluyó dos momentos y cuatro fases diferenciadas. El primer momento corresponde al momento destructivo que permitió desocultar el intrincado fenómeno de la relación médico-paciente en la consulta psiquiátrica situándola en el mundo de la vida; e incluyó dos fases: la analítica y la comprensiva. El segundo momento se correspondió con el momento constructivo que se orienta hacia el análisis formal de la articulación de las categorías estructurales del diálogo en la consulta psiquiátrica e incluyó la fase reconstructiva y la crítica (15-17).

Durante la fase analítica, se procedió a identificar las fuentes documentales fundamentales que contribuyeran al examen, reflexión y descripción de las siguientes categorías de análisis: poder terapéutico de la palabra, sentido existencial del lenguaje y dialéctica del diálogo. Los principales autores confrontados fueron Hans-Georg Gadamer y Martín Heidegger, lo que posibilitó la aproximación filosófica a la relación

médico-paciente. Además se realizó la redacción de un fichero de las distintas áreas que comprende la investigación, consignando autores, obras y temas importantes.

En la fase comprensiva se diseñaron y realizaron esquemas y cuadros sinópticos. Los esquemas permitieron aclarar las categorías de análisis y los cuadros sinópticos contribuyeron a comparar las posiciones filosóficas y científicas relevantes a la relación médico-paciente, lo que ofreció una comprensión de la tradición médica contemporánea al propiciar la generación de preguntas y respuestas relevantes. Derivado de estas respuestas, fueron seleccionadas las consecuencias de las hipótesis. Éstas consisten en aquellos contenidos conceptuales que permanecen latentes en la tradición como prejuicios (18).

Durante esta fase, se integró un marco que delimitara el horizonte de comprensión, el cual se construyó, siguiendo a Heidegger (8), con las siguientes coordenadas: punto de mira, dirección de la mirada y horizonte de la mirada.

El punto de mira incluye los presupuestos o presuposiciones que se subyacen en la tradición médica occidental, es decir, constituye el horizonte de sentido dado previamente y facilita la comprensión inmediata del contexto en el que se va presentando el tema en estudio. En este caso, el punto de mira lo representa la relación médico-paciente, en su concepción hegemónica en la tradición médica contemporánea.

La dirección de la mirada es la manera previa de ver el tema en estudio, muestra la perspectiva bajo la cual se coloca la consulta psiquiátrica para su análisis y está representada por la palabra que se dice durante la consulta psiquiátrica.

El horizonte de la mira hace referencia a la precomprensión, esto es, al repertorio conceptual que tenemos a nuestro alcance y que inicialmente guía y posibilita toda interpretación. En esta coordenada, se recupera lo que la tradición médica

occidental nos dice respecto a la relación médico-paciente en el uso del lenguaje circunscribiéndose al diálogo que subyace en la consulta psiquiátrica.

Durante la fase reconstructiva, se tematizaron los contenidos conceptuales olvidados por las abstracciones metodológicas de la teoría, es decir, la fase reconstructiva permitió recuperar la tradición para lograr la fusión de horizontes a través de la historia efectual, cumpliendo con las diferentes etapas de la hermenéutica filosófica (comprensión-interpretación-aplicación).

La fase crítica permitió integrar los resultados de la fase reconstructiva en una propuesta alternativa y exponer las consecuencias de su aplicación a través de la orientación de nuevas áreas de investigación hermenéutica.

La construcción de este horizonte de comprensión desde la hermenéutica filosófica, permite comprender la naturaleza dialogal del encuentro entre médico y paciente. En este sentido, el núcleo de la praxis psiquiátrica se ubica en la fusión de experiencias circunscritas a la dimensión existencial de ambos interlocutores, y que son expresadas mediante el diálogo como se presenta a continuación.

Resultados

La tradición médica occidental define la relación médico-paciente como la “interacción entre personas, que se produce en el quehacer clínico y constituye el núcleo de la medicina; es iniciada por el enfermo o su familia y produce beneficios para ambos: para éste, la satisfacción por la atención recibida y por la conservación o recuperación de la salud, la limitación del daño o la rehabilitación lograda; para el facultativo, la satisfacción por la relación personal, la educación continua a través de la experiencia y la remuneración recibida” (19).

De ella se deduce, primero, que no es cualquier tipo de interacción, sino una interacción muy particular circunscrita al quehacer clínico, es decir, al encuentro en el

que subyace el acto médico caracterizado por el proceso diagnóstico-tratamiento, limitando la medicina como una actividad puramente curativa, en la que “una persona” (en este caso el médico) es el poseedor de un saber científico y técnico que ha sido acumulado a través de la experiencia y la “otra persona” (sea el paciente o su familia) es el poseedor de una necesidad y en ocasiones de una pérdida. Así, estamos frente a una relación desigual (20) que ha devenido en una relación de poder, sometimiento y explotación, y por tanto, ha derivado en la regulación médica, ética, deontológica y jurídica y comercial para conducirla (21-23).

La relación de poder es evidente en términos de que el médico posee un saber científico y técnico que no posee el paciente. La relación de sometimiento se gesta al momento en el que el médico es el poseedor de la verdad y se espera, por tradición, que el paciente realice las indicaciones terapéuticas y las recomendaciones médicas. La relación de explotación se gesta en el momento que el médico adquiere “experiencia” como un producto derivado del encuentro médico.

Desde este contexto, la relación médico-paciente ha sido objeto de análisis desde perspectivas ético-deontológicas (24), técnico-científicas (25), jurídico-legales (26), administrativas (27) y sociales (28,29); sin embargo, prevalece la concepción de que el médico se configura como un experto, una autoridad sobre la salud y la enfermedad, y el paciente como el que sufre y el que padece. Ambos elementos justifican la continuidad de una relación unidireccional, desigual y fracturada, que va del médico al paciente.

Esta concepción adquiere relevancia ética en la incursión de la medicina en la era tecnológica (2), pues se promueve la subordinación del razonamiento médico al uso indiscriminado y sin juicio clínico de la tecnología médica (5,6); situación que ha

modificado la relación médico-paciente (3). Actualmente, esta relación se sustenta en el vínculo que forman el médico, la tecnología y el paciente (4).

En el ámbito filosófico, Jaspers analiza la relación médico-paciente y señala que se “presupone que tanto el facultativo como el enfermo deben vivir en la madurez de la razón y de la humanidad” (2). Aún cuando la razón y la humanidad, son conceptos que delimitan una relación médico-paciente que hace frente a las amenazas que la era tecnológica (30) impone al universo ético de la medicina; es el “vivir en la madurez” lo que realmente permite desocultar el sentido ético originario de esta relación.

Mediante la hermenéutica filosófica es preciso ubicar este sentido originario al abrir un horizonte de posibilidades de interpretación, que para nuestro caso es el de la tradición médica; y centrar el análisis en el acontecer lingüístico de la tradición; es decir, “mediante la hermenéutica pueden desbrozarse caminos que representan nuevas posibilidades en la tradición” (31).

Naturaleza lingüística de la relación médico-paciente.

Es claro que la relación médico paciente se da en términos de una conversación, un diálogo, en la que se trata de comprender lo que uno y otro dicen para ponerse de acuerdo en la mejor forma de enfrentar la enfermedad (32). ¿Qué significa “ponerse de acuerdo”? Consiste en que médico y paciente se comprendan (33). Es decir, el médico dejará valer los puntos de vista del paciente y se pondrá en su lugar; por su parte, el paciente hará lo propio, dará valor a los puntos de vista del médico y se pondrá en su lugar. Este “ponerse en su lugar” no consiste en que uno y otro cambien de rol imaginariamente, sino que a través del lenguaje, ambos hagan el esfuerzo de entender lo que dice uno al otro. Gadamer señala que la comprensión del otro se da en el lenguaje, pues éste es el medio en el cual se produce el diálogo y la comprensión del mundo (12). Entonces, ¿qué papel desempeña el lenguaje en la relación médico-paciente?

Partiendo de la concepción heideggeriana del lenguaje como un modo de existencia del ser humano (10,34), Gadamer, recrear la constitución lingüística de nuestra experiencia del mundo e incorporar la pragmática lingüística de Wittgenstein a través de la cual se hace evidente que el lenguaje pertenece a la *praxis*; a los hombres en cuanto están juntos unos con otros y frente a otros, y no podemos evitar que, en el contacto con los otros, ellos nos hablen también, estableciendo un auténtico diálogo entre dos interlocutores.

Sitúa además la experiencia hermenéutica en un ámbito ontológico que le posibilita puntualizar que “el ser que puede ser comprendido es lenguaje”; por lo que el lenguaje se constituye en tal siempre y cuando tenga tentativas de entendimiento, “como un estar de camino a lo común de unos con otros y no como una comunicación de hechos y estados de cosas a nuestra disposición” (35).

Este “camino hacia el lenguaje” implica un andar que sitúa al hombre en el mundo de la vida que se nos revela y al mismo tiempo se nos oculta; y en cuanto está en contacto con los otros hombres no puede evitar que ellos le hablen también (36), estableciéndose un auténtico diálogo entre dos interlocutores.

El lenguaje es entendido por Gadamer como medio en el cual se produce el diálogo y la comprensión del mundo, de manera que el lugar propio del lenguaje es el diálogo que se manifiesta como una relación que acontece éticamente (37); por lo que “en escuchar lo que nos dice algo, y dejar que se nos diga reside la exigencia más elevada que se propone al ser humano. Recordarlo para uno mismo es la cuestión más íntima de cada uno. Hacerlo para todos, y de manera convincente, es la misión de la filosofía” (38), y en consecuencia, de la medicina frente a los retos que le impone la era tecnológica y de la especialización (39).

En este contexto, el encuentro entre médico y paciente se caracteriza entonces como un movimiento del *logos* que, en términos de Heidegger, pone al médico y al paciente en el camino hacia el lenguaje, en el camino hacia el mundo de la vida que se nos revela y al mismo tiempo se nos oculta, y a la exteriorización de la experiencia del estado oculto de la salud (20); a través del cual el encuentro médico adquiere un sentido que sitúa su naturaleza en la relación entre el lenguaje y el mundo de la vida, es decir, en el diálogo que orienta al médico y al paciente hacia el camino del encuentro con el otro y el reencuentro consigo mismo (18).

Entonces, aquella relación médico-paciente que se limita a la información para emitir un diagnóstico y prescribir un tratamiento (40,41), no es una relación originaria en la que se comparta la vivencia de la enfermedad y se exponga la experiencia de habitar en el mundo de la vida. Pues desde el contexto de la hermenéutica filosófica la naturaleza de esta relación es lingüística, y es, a través del lenguaje y de la dialéctica de la pregunta y la respuesta, como el médico se sitúa frente al paciente, se ponen de acuerdo en un objetivo común: conservar o restituir la salud; y ambos se hacen responsables del objetivo convenido (42), “con lo cual el ser humano adopta, por naturaleza, una existencia social” (20).

El diálogo como núcleo del encuentro médico-paciente

La relación médico-paciente es el núcleo del quehacer clínico (43), pero al situarse el lenguaje como el vínculo que media entre ambos para hacer manifiesta su visión de mundo, esta relación se transforma en un encuentro entre dos personas. Al comprender que la naturaleza de este encuentro es lingüística y que, además, será el diálogo el que vincula existencialmente al médico y al paciente, se devela el diálogo como el núcleo fundamental del encuentro médico-paciente. Un núcleo fundante donde

la palabra dicha adquirirá todo el poder terapéutico pues el diálogo habita en nosotros como parte constitutiva de nuestro ser. ¿Qué implicación tienen esto para la psiquiatría?

Al comparar el diálogo que se establece en la consulta médica con el diálogo cotidiano que se realiza entre dos interlocutores que tratan de llegar a un acuerdo, se observa que el diálogo entre médico y paciente se corresponde con una conversación hermenéutica. En la hermenéutica gadameriana, la conversación posee la estructura fundamental del diálogo, es decir, la dialéctica de la pregunta y la respuesta. Esta dialéctica delimita el horizonte hermenéutico como un horizonte del preguntar, desde el cual se determina la orientación de sentido en la comprensión del mundo de la vida.

En el diálogo que se establece en el encuentro médico, se presenta la dialéctica de preguntar y responder, la cual se caracteriza por realizarse desde un horizonte de comprensión específico, determinado por su historia de vida y las experiencias vividas en su mundo propio, de manera que médico y paciente argumentan en paralelo en tanto interlocutores que portan una tentativa de comprensión integrada a una comunicación de sentido sustentada en la racionalidad humana y que adquiere voluntad propia. Es decir, el diálogo en la RMP, como en toda conversación humana, no es conducida solamente por los interlocutores, sino que ellos también son conducidos por el diálogo mismo.

En el discurrir dialógico del encuentro entre médico y paciente, la tentativa de entendimiento radica en el acuerdo que deriva de la conversación y se materializa en la fusión de ambos horizontes de comprensión (12). Esta fusión consiste en la transformación hacia lo que es común al médico y al paciente, es el ámbito donde ya no se sigue siendo lo que se era, y en la que tomamos conciencia de nuestro encuentro con el otro, con el tú, con otras formas de pensar y de actuar, pero también con nuestro propio pasado.

Es importante señalar que Gadamer ha insistido en la posibilidad de que el otro tenga razón (44), pues el diálogo es el medio a través del cual se reconoce al otro con el que se está en el mundo de la vida. Entonces, el diálogo es un estar-con, un estar presente frente al otro en el mundo de la vida. Estar-en-en-el-mundo es establecer un diálogo con las cosas, con los otros seres humanos y con nosotros mismos, como si fuera con un tú. Así, el diálogo es el medio de identificación y de reconocimiento del otro, a través de la experiencia que tematiza la finitud del ser-en-el-mundo mediante la pregunta como estructura fundamental del modelo dialógico de la comprensión hermenéutica. La comprensión hermenéutica correcta reúne las opiniones previas acerca del texto a interpretar que han sido convalidadas por la distancia en el tiempo, mediante la formulación de preguntas adecuadas que al plantearse como auténtica apertura hacen posible que se escuche la voz de la tradición, en un proceso de apropiación comprensiva que pone de manifiesto irreductible al alteridad, en tanto proceso de apropiación de sentido.

En este orden de ideas, el diálogo del encuentro médico no solamente humaniza la relación entre dos individuos fundamentalmente distintos (18), sino que permite conducir al paciente hacia la conservación o recuperación de la salud y es el sustrato sobre el que se establece un vínculo de solidaridad del que derivarán tanto el consejo médico como la colaboración del paciente (32); pues es a través de la dialéctica de pregunta y respuesta, de la realización del diálogo, la forma en que el núcleo de la medicina se sitúa en el mundo de la vida y se desvela como un fenómeno hermenéutico en el que se incluye el carácter originario del diálogo.

En el consejo médico, el médico y el paciente se ponen de acuerdo, pues “el ponerse de acuerdo en una conversación implica que los interlocutores están dispuestos a ello y que van a intentar hacer valer en sí mismos lo extraño y adverso. Cuando esto

ocurre recíprocamente y cada interlocutor sopesa los contra argumentos al mismo tiempo que mantiene sus propias razones puede llegarse poco a poco a una transferencia recíproca, imperceptible y no arbitraria, de los puntos de vista (lo que llamamos intercambio de pareceres) hacia una lengua común y una sentencia compartida” (12).

El consejo médico es la realización concreta del diálogo en el encuentro médico. Tiene por característica universal, la naturaleza lingüística de la experiencia del mundo de la vida. Se orienta fundamentalmente a la reincorporación del ser humano “al círculo de lo humano, al ámbito de la vida familiar, social y profesional, que se cumple por medio de la comunidad entre las personas” (18); es decir, el consejo médico deriva en la construcción de un horizonte abierto en el cual los hombres construyen el mundo y sobre el que nunca se habrá dicho ni la primera ni la última palabra, para restablecer en el paciente el flujo de la comunicación de las experiencias que se produce en la vida y volver a poner en marcha el contacto con los demás.

Por otra parte, en su ensayo *El tratamiento y la conversación*, Gadamer aclara que “el diálogo concede al otro la posibilidad de despertar su propia actividad interna, sin volver a desorientarse. Y esta actividad interna es la que el médico denomina ‘colaboración’” (18). ¿En qué radica esta actividad interna que promueve el diálogo?

El diálogo en la posibilidad terapéutica

Al diálogo le subyace la lógica de una experiencia interrogativa que está arraigada en el lenguaje. Gadamer ha señalado que las palabras que estamos usando en un momento dado no pueden agotar lo que pensamos, es decir, detrás de la palabra pronunciada existe un *verbum interius*, una “palabra interior” no pronunciada que resuena en toda expresión del lenguaje (12). La tradición occidental desde Platón, junto con el olvido del ser, se ha olvidado del lenguaje, siendo la doctrina estoico-agustiniana del *verbum interius* la única huella de que dicho olvido no ha sido completo, por lo que

el diálogo concede al otro la posibilidad de despertar su propia actividad interna, de recordarse en tanto ser que existe y convive.

Esta posibilidad de colaboración que el diálogo médico despierta en el paciente posee una connotación anamnésica (18) sobre la que subyace el entenderse a sí mismo y al otro, el recordarse como ser finito y como posibilidad de ser humano. Para Gadamer, la anamnesis constituye una variante que también forma parte de la conversación, sobre todo, porque el paciente mismo a menudo desea recordar y hablar acerca de sí mismo como una manera de retornar a sus propias experiencias para recaptar la situación del instante en relación con él al establecer solidaridades sustentadas en una “razón práctica” para entender al hombre con el cual uno está frente a frente en ese instante y de responderle como corresponde.

El diálogo que subyace en el núcleo del encuentro médico permite exponer lingüísticamente la experiencia humana y promueve entre los interlocutores un comprenderse en el mundo, es decir logra tematizar la experiencia originaria de estar-con, lo que se expresa en términos de convivencia. ¿Qué significa comprenderse en el mundo? ¿Cuál es el sentido de la convivencia en el encuentro médico? ¿La convivencia que deriva del encuentro médico es su realización o el horizonte de comprensión?

Es claro que el propósito del diálogo médico pretende, primero, la comprensión entre médico y paciente sobre aquello que provee el asunto o tema del diálogo (sea una enfermedad o la conservación del estado de salud), y después, el mutuo acuerdo de los interlocutores en la orientación compartida hacia aquello sobre lo cual versa el diálogo, que en nuestro caso será el compromiso con el consejo médico.

Para lograr este propósito, en el encuentro médico se busca la identidad que haga accesible el sentido de comprensión de aquello sobre lo cual versa el diálogo y que radica en la pertenencia a una tradición mediante la cual se recrea y rehabilita el mundo

de la vida desde el que lo enunciado obtiene consistencia y cobra sentido para nosotros; es decir, “se hace mundo” –expresaría Heidegger– y permite la apropiación comprensiva del otro.

Desde Kant ha quedado en claro que el mundo como un todo no es algo dado y por tanto, no puede ser explicado en este sentido con las categorías de la experiencia científica. Por su parte, Gadamer argumenta que el mundo existe como horizonte, como “un espacio sin límites en medio del cual estamos y buscamos nuestra modesta orientación” (12,35). Comprendernos en el mundo significa entenderse unos con otros, en suma, comprender al otro. “Y esto -dice Gadamer- tiene una intención moral, no lógica. Constituye, sin duda, la tarea humana más ardua y, tanto más para nosotros, que vivimos en un mundo marcado por las ciencias monológicas” (35).

La comprensión del otro no consiste en desplazarse al interior de otro, ni ponerse en el lugar del otro y mucho menos en la participación o reproducción inmediata de las vivencias de él. Significa ponerse de acuerdo en la cosa, en la enfermedad, y en el derecho que posee el otro de recoger su opinión desde su propio opinar y entender, es decir, desde la tradición a la que pertenece el paciente.

En el encuentro médico, el vínculo se establece entre el médico y el paciente dejando a un lado las relaciones médico-máquina y máquina-paciente, pues surge al momento en el cual el médico se pone en el lugar del paciente para comprender su punto de vista aunque esto no garantice, por sí mismo, el acuerdo; pero ofrece la posibilidad de que el paciente tenga razón; es decir, el médico abre su horizonte para escuchar la tradición a la que pertenece el paciente.

Para finales de la década de los ochenta, Gadamer señalaba que “la posibilidad de que el otro tenga razón es el alma de la hermenéutica” dado que una de las condiciones inherentes al lenguaje es su naturaleza comunicativa, su dialogicidad, pues

toda expresión de sentido, verbal o no verbal, implica un interlocutor. El hombre dialoga y se obliga a encontrarse con la comprensión del otro, que puede ser distinta a la suya, contradecirlo incluso, por lo que es preciso atender al ser que se retrae y se oculta más allá de lo que su enunciado dice, de tal manera que el diálogo se experimenta como una posibilidad real de apertura al ser, una apertura que subyace en la “palabra interior” pues el pensar se expresa en el habla que se dice, y al comprender esta palabra encontramos el camino en el diálogo hacia la comprensión del ser en el mundo y de su estar-con-otros.

El estar-con es convivencia, no en el sentido de que dos sujetos estén juntos, sino como “una forma originaria del ser-nosotros, o sea, no consiste en el que el yo se complete con un tú, sino que abarca un estar-con-los-otros originario” (45). Para la hermenéutica gadameriana el mismo diálogo es un hacerse presente, un decir y un decirse estoy-aquí.

Se requiere del lenguaje para que el diálogo pueda respondernos, confirmarnos o rectificarnos desde un horizonte abierto que se funde con el otro del otro (12), pensando ante todo en volvernos comprensibles a nosotros mismos y al otro. El horizonte abierto que se funde con el del paciente equivale a “ser absorbido o ser uno con algo y desaparecer o desvanecerse en esa unidad, a fundirse con algo o en algo. Quien escucha al otro, escucha siempre a alguien que tiene su propio horizonte... [por lo que] ... debemos aprender que escuchando al otro se abre el verdadero camino en el que se forma la solidaridad” (35), a estas solidaridades les subyace un diálogo que humaniza el estar-con-otros-en-el-mundo, sobre el cual se integra la comprensión del lenguaje y desde el cual adquiere todo su sentido. Este sentido está relacionado con la noción gadameriana de fusión de horizontes.

En este orden de ideas, el encuentro médico encuentra su realización mediante la convivencia en tanto horizonte de comprensión del otro. El encuentro que se produce entre el médico y paciente (dentro y fuera de la consulta médica) se concreta en el mundo de la vida cuando el médico acompaña al paciente en su estar-en-el-mundo. Este *acompañamiento* requiere que el médico abra su horizonte al del paciente con la pretensión de lograr el acuerdo en el consenso del consejo que le proporciona, sea expresado en términos de terapéutica o en la búsqueda de una vida buena. Entonces el diálogo en la consulta psiquiátrica, deviene curación y recupera el poder de la palabra como terapia, que tiene además por función posibilitar al paciente poder incluirse en el mundo de la vida comprendiendo su estar-en-el-mundo desde la tradición a la que pertenece adquiriendo la responsabilidad de vivir una vida digna y solidaria.

Conclusión:

Para concluir, es importante tener presente dos premisas fundamentales de la hermenéutica gadameriana: que el mundo de la vida es el suelo común a todos los que hablan y en el que se establecen las solidaridades que derivan del lenguaje; y, al diálogo le subyace la lógica de una experiencia interrogativa que está arraigada en el lenguaje y en el mundo de la vida.

Puntualizado lo anterior, es claro que al trascender la concepción reduccionista de la relación médico-paciente de la medicina tecno-científica occidental (46,47), se ubicó el diálogo médico en el núcleo de la medicina y se hizo evidente el carácter lingüístico del vínculo entre médico y paciente, en la búsqueda de un consenso que se traduce en el consejo médico y en la colaboración del paciente.

El concepto del encuentro médico rebasa la concepción meramente curativa en la que se sustenta la medicina contemporánea y recupera la dimensión ontológica de la relación establecida entre médico y paciente; es decir, recupera la naturaleza

fenomenológica y el grado de estructuración lo que se manifiesta en el diálogo médico que tiene por objeto establecer el diagnóstico del paciente y conducir la curación del mismo y el encuentro médico, adquiere una dimensión diferente a la que se limita a obtener y proporcionar información para emitir un diagnóstico y prescribir un tratamiento (48,49), y se orienta hacia un encuentro médico originario que se sustenta en la relación entre lenguaje y mundo mediante el cual se comparte la vivencia de la enfermedad y se expone la experiencia de habitar en el mundo de la vida.

El sentido originario del encuentro entre médico y paciente, como fenómeno hermenéutico, rebasa la concepción curativa en la que se sustenta la medicina y recupera la dimensión dialógica de la relación. En ésta dimensión, el lenguaje hace “que seamos una conversación y podamos escucharnos los unos a los otros” (18), que ha decir de Gadamer, es uno de los conceptos fundamentales de la experiencia médica y del reconocimiento y comprensión en el que “el otro puede tener razón” para que surgen nuevas solidaridades.

A partir de estas solidaridades, el poder terapéutico de la palabra se va gestando en la dialéctica del diálogo y genera, nuevamente, otras solidaridades en el paciente, de manera que el diálogo configura el sentido originario del encuentro entre el médico y el paciente y lo sitúa en una dimensión ontológica. La dimensión ontológica del encuentro médico como escenario de la consulta psiquiátrica en el mundo de la vida, permite hacer manifiesta la tensión entre la vivencia y la experiencia de la enfermedad mental además de destacar la naturaleza lingüística del encuentro médico, ya que es a través del lenguaje y de la dialéctica de la pregunta y la respuesta como podemos entender el sentido de que el vínculo que surge entre médico y paciente oscile entre el encuentro con el otro y el reencuentro consigo mismo; donde el lenguaje hace “que seamos una conversación y podamos escucharnos los unos a los otros” lo que posibilita trascender al

intercambio vivo entre las distintas formas en las que se articula la vida humana en el mundo de la vida, fundamentando un vínculo de reconocimiento y comprensión en el que “el otro puede tener razón” y del que surge la solidaridad.

Desde este contexto, se abre un horizonte a la tradición médica occidental para comprenderse como diálogo y comprensión del otro, lo que induce en futuros trabajos desde la hermenéutica filosófica que exploren el universo ético de la psiquiatría en términos del *ethos* griego que remite a la manera de ser y de conducirse (50), donde el diálogo es generador de convivencia como una experiencia originaria del estar-con; pues cuando el lenguaje que convierte en diálogo y conversación la experiencia médica revela que la naturaleza del vínculo entre médico y paciente es de existencia pues el diálogo es hacerse presente a sí mismo como al otro con el que se está en el mundo, estar-con-en-el-mundo es un diálogo con nosotros mismos como con un tú y la mediación que identifica al médico y al paciente en y desde la experiencia de la comprensión.

El comprender es una forma de convivencia entre aquellos que se entienden y comprenden desde sus propias experiencias de vida, tomando conciencia de su estar-en-el-mundo, por lo que la hermenéutica busca el escucharse mutuamente, de tal manera que la hermenéutica filosófica, a decir de Grondin, no conoce otro principio superior que el del diálogo, el cual está vinculado estrechamente a la necesidad dialógica de comprender como un modo del ser que toma conciencia de su propia finitud expresada en la inagotabilidad del diálogo interior como principio fundamental de la necesidad inherente a querer comprender.

Es así como médico y paciente, ambos, “deben vivir en la madurez de la razón”, es decir, convivir en el *logos*, en el diálogo que es palabra dicha, el diálogo en el que médico y paciente sintetizan y vinculan sus experiencias del estar-ahí en el mundo de la

vida y que no se agota sino que inicia al vincularse dos seres humanos a través de lo dicho, para continuar en el *logos* interior y pensar lo no dicho; en el diálogo que Gadamer identifica como diálogo terapéutico (13), y en el que “lo máximo que consigue aquí y allá es ser compañero de infortunio del enfermo, razón con razón, hombre con hombre en los impredecibles casos límite de una amistad nacida entre médico y paciente” (2).

Finalmente, si el encuentro médico como se ha expresado, lo pensamos en términos de la *praxis* de la salud (51), se ofrecen dos vías de análisis: una correspondería centrar el estado de salud como un diagnóstico, es decir, como la ausencia de enfermedad, concepto superado ya desde la década de los años cuarenta; la otra, consistiría en circunscribir el horizonte de comprensión al olvido de la salud, de manera que al desocultar la salud se haga aparente el tipo de relación que subyace en la *praxis* de la salud. Esto ubicará el encuentro entre médico y paciente en la tarea de aprender cómo tenemos que afrontar el enigma de nuestro ser-en-el-mundo y olvidar que estamos destinados a dominar el mundo, para centrar la meta del encuentro médico en un saber no sólo-para-sí, sino para el otro.

Bibliografía.

1. Cárdenas de la Peña E. El médico roto. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 1998;11(2):94-95.
2. Jaspers K. *La práctica médica en la era tecnológica*. España: Editorial Gedisa, 1988.
3. Rivero Serrano O. Factores que han modificado la práctica médica. *Rev Fac Med UNAM* 2002;45(6):258-60.
4. Lifshitz A. La relación médico-paciente en la era tecnológica. *Medicina Interna de México* 1994;10(3):124-26.
5. Illich I. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: Editorial Joaquín Mortiz, 1978.
6. Jonas H. *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. España: Ediciones Paidós Ibérica, 1997.
7. Gárate R. *Ética y libertad*. España: Universidad de Deustro, 1995.
8. Heidegger M. Interpretaciones fenomenológicas sobre Aristóteles. Indicación de la situación hermenéutica. [Informe Natorp]. España: Editorial Trotta, 2002.
9. Gadamer HG. *Elogio de la teoría*. España: Ediciones Península, 1993.
10. Heidegger M. *Ser y tiempo*. España: Editorial Trotta, 2003.
11. Heidegger M. *Introducción a la fenomenología de la religión*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
12. Gadamer HG. *Verdad y método*. 9ª ed. España: Ediciones Sígueme, 2001.
13. Gadamer HG. *Verdad y método II*. 5ª ed. España: Ediciones Sígueme, 2002.
14. Esquivel Estrada NH. La aplicación como problema fundamental hermenéutico en el pensamiento de Gadamer. En: González R. (coord.) *¿Qué es eso de la filosofía? Razón o embrutecimiento*. México: Facultad de Humanidades, Universidad Autónoma del Estado de México, 2003, 75-96 pp.

15. Bonilla HR. Conocimiento científico e interpretación. Una investigación sobre la estructura hermenéutica de la experiencia. [En línea] Disponible en: http://www.unne.edu.ar/cyt/2000/2_humanisticas/h-pdf/h_031.pdf (Fecha de consulta: 25/enero/2005)
16. Rillo AG. El arte de la medicina: una investigación hermenéutica. *Gac Méd Mex* 2006;142(3):253-260.
17. Rillo AG. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. *Rev Hum Med [serial on line]* 2008;8(1) (Fecha de consulta: 20/noviembre/2008)
18. Grondin J. Introducción a Gadamer. España: Herder Ediciones, 2003.
19. Cortés Gallo G. Aspectos generales de la relación médico-paciente. En: Kuthy Porter J, Villalobos Pérez JJ, Tarasco Michel M, Yamamoto Cortés M. Introducción a la Bioética. México: Mendez Editores, 1997, p. 39.
20. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. España: Editorial Gedisa, 2001.
21. Li J. The patient-physician relationship: covenant or contract? *Mayo Clin Proc* 1996;71(9):917-18.
22. Gómez Dantes O. La regulación de la práctica médica en México. *Rev Invest Clin* 1999;51:245-53.
23. Quirarte-Rivas G. Obligaciones y derechos de los médicos en su ejercicio profesional. *Rev Sanid Milit Mex* 2004;58(4):336-41.
24. Tena Tamayo C, Ruelas Barajas E, Sánchez González JM, Rivera Cisneros AE, Moctezuma Barragán G, Manuell Lee RG, et al. Derechos de los pacientes en México. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):523-9.

25. Mavroforou A, Giannoukas AD, Katsamouris A, Michalodimitrakis E. The importance of communication between physicians and patients. Special considerations in the Era of Endovascular Therapy. *Int Angiol* 2002;21(1):99-102.
26. Mohr JC. American medical malpractice litigation. An historical perspective. *JAMA* 2000;283:1731-4.
27. Feldman D, et al. Effects of managed care on physician-patient relationship, quality of care and the ethical practice of medicine: a physician survey. *Arch Intern Med* 1998;158(15):1626-32.
28. Pappas S, Perlman A. Complementary and alternative medicine. The importance of doctor-patient communication. *Med Clin North Am* 2002;86(1):1-14.
29. Zuger A. Dissatisfaction with medical practice (special report). *NEJM* 2004;356(1):69-75.
30. Emanuel ES, Dubler NN. Preserving the physician-patient relationship in the Era of Managed Care. *JAMA* 1995;273(4):323-9.
31. Ferrater Mora J. *Diccionario de Filosofía*. Tomo II. España: Editorial Ariel, 1622-1627 pp.
32. Svenaeus F. *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps towards a philosophy of medical practice*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 2000.
33. Ong LML, Haes JCJM de, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40:903-918.
34. Vattimo G. *Introducción a Heidegger*. España: Editorial Gedisa, 2002.
35. Gadamer HG. *Arte y verdad de la palabra*. Colecc. Paidós Studio No. 127. España: Ediciones Paidós Ibero, 1998.

36. Gadamer HG. El inicio de la filosofía occidental. España: Editorial Paidós Ibérica, 1999.
37. Capurro R. La pregunta hermenéutica. Disponible en: www.capurro.de/pregunta.htm (consultado el 16/08/05)
38. Gadamer HG. La herencia de Europa. Ensayos. Colecc. Historia, Ciencia, Sociedad No. 303. España: Ediciones Península, 2000.
39. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. J Fla Med Assoc 1997;84(8):486-87.
40. Eysenbach G. Consumer health informatics. BMJ 2000;320:1713-16.
41. Sánchez Mendiola M. El enfermo ante la información científica: ¿es el médico guía u obstáculo? Revista CONAMED 2005;10(1):51-5.
42. Epstein RM, Alpert BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004;291:2359-66.
43. Glass RM. The patient-physician relationship focuses on the center of medicine. JAMA 1996;275(2):147-8.
44. Domingo Moratalla A. El arte de poder no tener razón. España: Publicaciones Universidad Pontificia, 1991.
45. Gadamer HG. Los caminos de Heidegger. España: Empresa Editorial Herder, 2002.
46. Angell M. The doctor as a double agent. Kennedy Inst Ethics J 1993;3:2279-86.
47. Crowsahaw R, Rogers DE, Pelegrino ED, et al. Patient-physician covenant. JAMA 1995;273:1553.
48. Eysenbach G. Consumer health informatics. Brithis Medical Journal 2000;320:1713-1716.
49. Sánchez Mendiola M. El enfermo ante la información científica: ¿es el médico guía u obstáculo? Revista CONAMED 2005;10(1):51-55.

50. Foucault M. Hermenéutica del sujeto. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 2004.
51. Rillo AG. Hermenéutica filosófica de la salud. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. 1 al 28 de febrero de 2005 [citado: 20/11/2008]; [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/etica/articulos/20121/>