

# *Los fundamentos de la relación médico-paciente\**

**Adolfo de Francisco • Santafé de Bogotá, Colombia**

*Honra al médico, porque lo necesitarás; pues el Altísimo es el que le ha hecho. Porque de Dios viene toda medicina y el médico será remunerado por el rey. Sea perfecta tu obediencia pero da lugar al médico, y no te falte, pues también lo necesitarás a él. Peca contra su hacedor, el que se hace fuerte frente al médico.*

ECCLESIASTICO 38: 1,2, 11, 12, 15.

Relación médico-paciente es aquella que se establece entre dos seres humanos: el médico que intentará ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y es variable de acuerdo con los cambios mismos que ha experimentado a través de los tiempos la convivencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las llamadas "sociedades primitivas" hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

El fundamento de la relación médico-paciente, al decir de Lain Entralgo, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y enfermo por el hecho de haberse encontrado como tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado su mutuo encuentro. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa de acuerdo con las modalidades cardinales de la actividad humana, una de las cuales, la cognoscitiva, en el caso de la relación médica toma forma específica como diagnóstico, es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo. No se trata meramente de una relación dual entre dos seres para obtener algo, como serían los beneficios de un negocio, sino de una relación más estrecha, interpersonal. El enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona del paciente y que está inscrito en su propia naturaleza: la salud.

El diagnóstico médico lo señala Lain, no es nunca el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa y cognocente, sino el resultado de una conjunción entre la mente activa del médico y una realidad, la del enfermo, esencial e irrevocablemente dotada de iniciativa y libertad. El hombre como individuo viviente o como animal racional es constitutivamente un ente social y como tal se realiza en todas sus actividades. Quiere esto decir que el diagnóstico del médico no podrá ser completo si no es social; en otros términos si no se tiene en cuenta lo que en el condicio-

namiento y en la expresión de la enfermedad haya puesto la pertenencia del paciente a la concreta realidad en que existe.

Esta relación interpersonal que conduce al conocer o diagnosticar la dolencia del enfermo, se ordena en seguida a la ejecución de los actos propios del tratamiento que se inician desde el momento mismo en que se establece la relación interpersonal. Ernest von Leyden solía decir a comienzos del siglo que el primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo, y como lo señala M. Balint, el médico es el primero de los medicamentos que él prescribe.

El tratamiento así iniciado no representa la simple ejecución fiel por parte del paciente de las prescripciones terapéuticas del médico, sino que es una realidad, una empresa en la que el médico y el paciente colaboran a través de su relación interpersonal. De allí la importancia de la adecuada relación médica para el buen éxito del tratamiento y la necesidad de tratar a los enfermos teniendo en cuenta todos los registros de su respectiva personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de su vida afectiva.

El tratamiento médico es en rigor, por su esencia misma, un acto social, sometido en los pueblos cultos a ordenamientos legales que los reglamentan y ejecutados dentro de los grupos sociales a que el enfermo pertenezca, familia, profesión y amigos. Ese carácter social viene determinado por la ordenación de la sociedad en clases económico-políticas y por la inexorable pertenencia del paciente a una de ellas. De allí que la asistencia médica haya sido diferente y variable, como se indicará más adelante, en el seno de las sociedades del tipo de la ciudad griega o de los establecimientos medievales y que tuviera especiales características en la medicina privada de hace varias déca-

---

\*Tmado de la Revista Colombiana de Cardiología, Volumen 6 No. 5 (Junio) de 1998, págs. 263-273, con autorización del Editor.  
Dr. Adolfo de Francisco Zea: Ex presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Santafé de Bogotá.

das y en la socializada que se ha tornado inevitable en los tiempos presentes.

Por otra parte, la relación médico-paciente expresada en el conocimiento o diagnóstico y en la razón operativa del tratamiento, se establece también en la esfera afectiva. El paciente pone afectivamente en su relación con el médico la expectante vivencia de su necesidad, a la vez que éste aporta su voluntad de ayuda técnica, una cierta misericordia genéricamente humana, la pasión que en él despierta la fascinante empresa de gobernar científicamente la naturaleza y su indudable apetito, patente o secreto de lucro y de prestigio. Lain Entralgo se expresa así: "La peculiar afección que enlaza al médico y al enfermo, llamémosla *philia*, "amistad" en los antiguos griegos o "transferencia" en los actuales psicoanalistas, es el resultado que en el alma de uno y otro determina esta dual y compleja serie de motivos". Y Duhamel indica que la relación médico-paciente es el encuentro de una conciencia, la del médico, con una confianza, la del paciente.

En el plano de la ética, la relación médico-paciente, en lo que al paciente atañe, viene ante todo configurada por el hecho de que el médico no debe ser para el enfermo otra cosa que médico. El médico a la vez debe resolver inicialmente, en el sentido de la ayuda, la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y antagonistas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico implica hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono. Por razón de su esencia, la relación médica es ética siempre y si se acepta que toda ética descansa sobre una visión religiosa del mundo, la relación médica se hallará siempre más o menos explícitamente arraigada en una determinada posición del espíritu frente al problema de la religión.

Si se quiere examinar la relación médico-paciente desde el punto de vista de la ciencia y la filosofía del siglo XX, es necesario precisar antes algunos elementos que nos ayuden a entender que se trata de una relación que se establece entre dos globalidades, o para decirlo en los términos filosóficos de Merleau Ponty, entre dos corporeidades o totalidades, la del médico y la del paciente.

La filosofía desarrollada por Descartes en el siglo XVII era de carácter subjetivista e idealista. Se originó en la bien conocida dualidad platónica del alma y el cuerpo. La noción cartesiana central era la de la primacía de la conciencia, expresada en su proposición de que el espíritu se conoce a sí mismo más inmediata y directamente de lo que puede conocer cualquier otra cosa; que conoce al "mundo exterior" sólo a través de lo que este mundo imprime en la mente a través de las sensaciones y de la percepción. De allí que para Descartes toda filosofía debe comenzar por el espíritu individual, lo que le permitió formular su primer argumento en tres palabras: "Pienso, luego soy", en las cuales se refleja con claridad el individualismo del Renaci-

miento. Para Descartes el Yo se coloca en el interior mismo de la percepción, no analizando, por ejemplo, la visión, la audición o el tacto como funciones de nuestro cuerpo, sino solamente como pensamiento de ver, de oír y de tocar. Dividió así el universo en un proceso objetivo en el espacio y en el tiempo, y por otra parte el alma en la que se refleja aquel proceso; es decir, distinguió la "res cogitans" de la "res extensa", división que hoy en día no es aceptada ni por la ciencia ni por la filosofía modernas.

La separación tajante que establecía Descartes entre el espíritu que piensa y por lo tanto es, y todo lo demás, incluso el cuerpo, lo condujo a razonar como gran matemático que era, que fuera de Dios y del alma, el universo entero con todos sus constituyentes inorgánicos, orgánicos y biológicos, podía explicarse por leyes mecánicas y matemáticas como lo habían insinuado Leonardo y Galileo, en los comienzos iniciales de la industrialización de la Europa Occidental. Todo movimiento de todo animal y aun del cuerpo humano, como la circulación de la sangre, es un movimiento mecánico y todo el universo y cada uno de los cuerpos son máquinas; pero fuera del mundo está Dios y dentro del cuerpo está el alma espiritual.

Con la expresión "Cogito, ergo sum" se inició la gran lucha de la epistemología, que al decir de Will Durant, se transformó en una guerra de trescientos años que estimuló primero y acabó por devastar la filosofía moderna.

El Mecanicismo Cartesiano, en el campo de la medicina, ha contribuido desde su formulación hasta los tiempos actuales, a la fragmentación del ser humano en partes similares a las de las máquinas, que se deterioran y dañan y pueden ser tratadas o eventualmente reemplazadas independientemente, con prescindencia absoluta de la Unidad Psicobiológica del Ser Humano, tal como lo postulara Aristóteles en otros términos y como lo señalan algunos de los filósofos e historiadores de la ciencia de nuestros días.

El mecanicismo de Descartes se hizo notar de inmediato, en un momento de la historia en el que el hombre comenzaba a fabricar para su beneficio máquinas cada vez más complejas. Julien Offray de la Mettrie, médico del ejército francés que vivió en la primera mitad del siglo XVIII, perdió su cargo oficial al escribir un libro sobre "La Historia Natural del Alma" y se ganó el destierro con una obra sobre "El Hombre Máquina". Sostenía en forma algo osada para su tiempo y para cualquiera otra época, que el mundo entero sin exceptuar al hombre, era una máquina. El alma, creía, es material tal como lo había pensado Epicuro, y la materia está animada, pero sea lo que fuere, lo cierto es que actúan una sobre otra y crecen y declinan de un modo que no ofrece dudas acerca de su semejanza esencial y su interdependencia. Señalaba que la inteligencia de los animales tenía raíz en el movimiento para buscar los alimentos y reproducirse, a diferencia de las plantas que no se desplazaban. Y que la inteligencia aumentaba en el hombre, mucho más móvil que los animales, porque en él las necesidades eran muy superiores a las de las plantas y animales.

Textualmente afirmaba: "Pienso que de dos médicos, el mejor y más digno de confianza es el más experto en la física o mecánica del cuerpo humano, y el que deja en paz el alma, con todas las perplejidades que este fantasma engendra en las necios y los ignorantes, no ocupándose más que por la pura ciencia natural... "

Si se parte del postulado cartesiano anteriormente mencionado, el hombre o el ser tendría que ser considerado como una subjetividad, que en la medida en que es espíritu construye paulatinamente la representación de las causas mismas que están encargadas de actuar sobre él. En esa filosofía de la conciencia, esta perspectiva idealizante concede una primacía absoluta a la interioridad.

Por contraste, los filósofos de la naturaleza y la ciencia positiva que vino después, situaron al hombre en una posición diametralmente opuesta al considerarlo como "un producto de su medio", o como el resultado de las influencias físicas y sociológicas que lo determinan desde fuera (exterioridad) y lo llevan a ser simplemente una cosa entre las cosas. Tales tipos de consideraciones tenían que conducir a la imposibilidad de reconciliar el espíritu y la naturaleza, convertidos así en dos sustancias comunicables.

En la medida en que los científicos comenzaron a ahondar en los detalles de los procesos naturales y lograron demostrar que muchos de ellos podían ser descritos matemáticamente y por lo tanto explicados, la actitud del hombre frente a la naturaleza quedó profundamente alterada. Se aceptó a la naturaleza como un concepto colectivo de todos los dominios de la experiencia que resultan asequibles al hombre con los medios de la técnica y la ciencia natural, prescindiendo de si algunos de tales dominios formaban parte de la "naturaleza" que conocemos por la experiencia ordinaria. Así surgió a la larga la imagen simplista que el materialismo del siglo XIX daba al universo: los átomos son la realidad que existe auténticamente en el universo; se mueven en el tiempo y en el espacio, y gracias a su posición relativa y a sus movimientos generan la policromía fenoménica de nuestro mundo sensible.

La concepción materialista del mundo se agrietó en el siglo XX cuando el desarrollo de la electricidad postuló que lo auténticamente existente no era la materia sino el campo de fuerzas, a pesar de lo cual los materialistas continuaron considerando a las partículas subatómicas que se iban descubriendo como la última realidad objetiva del universo. En la medida en que han continuado desarrollándose los hallazgos y las postulaciones de la ciencia, se han producido hondas alteraciones en los fundamentos de la física del átomo que a su vez modifican las concepciones filosóficas sobre el Universo y sobre el Hombre.

La existencia de 92 átomos cualitativamente distintos que estableciera Mendelejev se consideró insatisfactoria y se intuyó la posibilidad de reducir aquellas 92 clases de átomos a tres partículas elementales, el protón, el neutrón y el electrón, que tendrían las características de la estabilidad. Luego se describieron múltiples partículas subatómicas

inestables que tomaron el nombre genérico de mesones, constituidos por idéntica materia, y de los tres componentes básicos se pasó a uno solamente. Hoy en día se afirma que sólo existe una única materia, en estados estables como el protón, el neutrón y el electrón y en estados inestables como los mesones.

Werner Heisenberg se expresa así: "Se ha puesto de manifiesto que aquella expresada realidad objetiva de las partículas elementales constituye una simplificación demasiado tosca de los hechos efectivos y que debe ceder el paso a concepciones más abstractas. Lo cierto es que cuando queremos formarnos una imagen del modo de ser de las partículas elementales, nos encontramos ante la imposibilidad de hacer abstracción de los procesos físicos mediante los cuales ganamos acceso a la observación de aquellas partículas... La cuestión de si las partículas existen "en sí" en el espacio y en el tiempo, no puede ya plantearse en esa forma, puesto que en todo caso no podemos hablar más de los procesos que tienen lugar cuando la interacción entre las partículas y algún otro sistema físico, por ejemplo los aparatos de medición, revele el comportamiento de la partícula. La noción de la realidad objetiva de las partículas elementales se ha disuelto por consiguiente en forma muy significativa, y no en la niebla de alguna noción nueva de la realidad, oscura o todavía no bien comprendida, sino en la transparente claridad de una matemática que describe, no el comportamiento de las partículas elementales, sino nuestro conocimiento de dicho comportamiento. El físico entiende que su ciencia no es más que un eslabón en la cadena sin fin de las contraposiciones del hombre y la naturaleza y que no le es lícito hablar sin más de la naturaleza "en sí". La ciencia natural presupone siempre al hombre, y no nos es permitido olvidar que, según lo ha dicho Niels Bohr, nunca somos sólo espectadores, sino siempre también actores en la comedia de la vida".

Uno de los filósofos del siglo XX que más influencia ha tenido en el estudio de las relaciones entre la conciencia y la naturaleza, ha sido indudablemente el francés Maurice Merleau Ponty, fallecido hace apenas treinta años. En sus libros "La Estructura del Pensamiento" y "La Fenomenología de la Percepción", señala la discordancia existente entre la visión que el hombre pueda tener en sí mismo por reflexión o conciencia, y la que obtiene relacionando sus conductas con las condiciones exteriores de las que manifiestamente depende. La filosofía pontyana, trazada con maestría en esas obras, intenta superar la discordancia que se observa entre el punto de vista reflexivo o perspectiva idealista y el punto de vista objetivo o perspectiva realista, y su problema crucial estriba en saber dónde termina lo percibido y dónde comienza lo pensado y cómo se da el tránsito de lo implícito a lo explícito.

El filósofo parte de la noción de estructura del comportamiento, cuyo estudio, en los tres órdenes fundamentales del universo, el físico, el vital y el humano, constituye el único método de abordar la realidad.

En el orden físico, el análisis de los hechos nos obliga a reconocer la prioridad del todo como una unidad en que cabe distinguir pero no aislar las partes. En relación al todo, las partes no gozan de individualidad; no poseen propiedades o funciones constantes, no son externas entre sí. Para Merleau Ponty, la forma y en particular los sistemas físicos, se definen como procesos totales en los que las propiedades no son la suma de las que poseerían las partes aisladas, sino más bien procesos totales que pueden ser indiscernibles el uno del otro, aun cuando sus partes comparadas una a otra difieran en magnitud absoluta. La forma se nos presenta como un "individuo", una "unidad interior", inscrita en un segmento de espacio y resistente a la de formación de las influencias externas. La forma, para Merleau Ponty, no puede definirse en términos de realidad, sino en términos de conocimiento, es decir, como objeto de percepción.

En el orden vital se establece además un nexo indisoluble entre la estructura y la significación que la complementa. Señala que no podría comprenderse biológicamente el organismo reduciéndolo a un conjunto de partes iguales yuxtapuestas en el espacio, existente unas fuera de otras, como sumas de acciones físicas y químicas. Esta "coordinación por el sentido", que descubre en el organismo una "unidad de significación", se funda en la originalidad del propio comportamiento animal. Significación, sentido y valor, no son nociones que se introducen arbitrariamente sino determinaciones intrínsecas del propio organismo. Toda acción o situación particular, incluso en el caso del comportamiento humano, participa en la estructura del comportamiento total.

El orden físico, el orden vital y finalmente el orden psíquico representan tres tipos de relaciones o estructuraciones y constituyen una jerarquía en donde la individualidad se realiza cada vez más. Materia, vida y espíritu no pueden definirse como tres órdenes de realidad sino como tres planos de significación o tres formas de unidad.

En el orden humano, la conciencia no es aquella entidad cuya esencia consiste totalmente en conocer, sino primordialmente la conciencia de percepción de experiencias vividas. La percepción resultará de una acción de las cosas de la naturaleza sobre el cuerpo y del cuerpo sobre el alma. Nuestra experiencia externa es la de una multiplicidad de conjuntos significativos para la conciencia que los conoce y aquello que llamamos naturaleza es ya conciencia de naturaleza, lo que llamamos vida es conciencia de vida y aquello que llamamos psiquismo es ya un objeto de la conciencia.

En la filosofía pontyana la conciencia no es la facultad separable del cuerpo en que se efectúa. La subjetividad originaria es corporeidad y la conciencia se manifiesta corpóreamente. Introduce el concepto de cuerpo propio como unidad indescomponible de espíritu y materia. El acto más instintivo no es nunca un acto maquinal sino un

acto impregnado de sentido, a la vez que el acto más elevado del espíritu es siempre también un acto corpóreo. El yo, en estas postulaciones, no es la "res cogitans" de Descartes sino un yo operante, cuya unidad engloba todas las percepciones y todos los movimientos del cuerpo. Cuando estoy de pie y tengo la pipa en mi mano cerrada, la posición de mi mano no está determinada por el ángulo que forma con mi antebrazo, mi antebrazo con el brazo, mi brazo con el tronco y mi tronco finalmente con el suelo. Sé dónde está mi pipa por un saber absoluto, y por ello sé dónde está mi brazo y dónde está todo mi cuerpo.

La fenomenología del cuerpo propio -yo soy mi cuerpo y por mi cuerpo estoy presente en el mundo y me inserto en él-, es fundamento de mi existencia y sentido de mi ser como ser-en-el-mundo. Yo soy mi cuerpo, es decir, subjetividad encarnada, intrínseca e inmediatamente comprometida en el seno de una realidad. La existencia es por lo tanto experiencia perspectivista, no pura sucesión de imágenes o representaciones que la subjetividad contemplara más o menos activamente sin estar implicada en ella. En cada momento de la vida, somos una cierta perspectiva, la cargamos con nosotros y sólo a partir de ella el resto comienza a presentárenos.

Merleau Ponty designa como "esquema corporal" a la unidad corpórea, es decir, a la posesión indivisa de todos los órganos. La dinámica de tal esquema revela la espacialidad del cuerpo propio y su capacidad para orientarse o situarse en el mundo; es la esencia concreta de la espacialidad objetiva. En la idea pontyana, "el cuerpo propio" está en el mundo como el corazón en el organismo: mantiene constantemente en vida el espectáculo visible, lo anima y lo alimenta interiormente formando con él "un sistema".

Esta unidad corpórea o esquema corporal del plano físico, del vital y del psíquico, constituye la totalidad cuya existencia es experiencia perspectivista. Cuando experimentamos un dolor físico intenso, es la totalidad corpórea la que se ve afectada, y lo propio ocurre cuando una dolencia afecta el núcleo de nuestro psiquismo. Es precisamente la integridad del esquema corporal concebida en los términos antes descritos la que permite que un amputado perciba su miembro seccionado como si aún fuera propio, y la que así mismo se afecta sensiblemente cuando se siente agobiada o amenazada por la destrucción parcial o total de la esfera biológica o del psiquismo.

Nos quedaríamos, sin embargo, cortos en el análisis de los elementos fundamentales que configuran la relación médico-paciente, si no tomáramos en consideración los aspectos espirituales de los seres humanos, que trascienden y van más allá de los hechos que ocurren en la esfera de lo físico-orgánico y de los que se presentan en el campo del psiquismo. Tales aspectos espirituales han sido señalados en sus estudios sobre la Persona Humana y el Análisis Existencial, por Víctor Frankl, catedrático de neuropsiquiatría de la Universidad de Viena, muy recientemente fallecido.

El distinguido psiquiatra austriaco en su estudio titulado "Diez Tesis sobre la Persona", parte del concepto de que la persona es un in-dividuum, es decir, algo que no admite partición y no se puede subdividir o escindir porque es una unidad; incluso en estados patológicos del tipo de la esquizofrenia no se llega realmente a la división de la persona y hoy en día ya no se habla más de doble personalidad sino de conciencia alternante. Pero además de ser un in-dividuum, la persona es también in-sumabile, a la cual nada se le puede agregar tampoco, porque no sólo es una unidad sino una totalidad. A esto se añade que la persona como tal, no puede propagarse por sí misma; sólo el organismo se propaga a partir del organismo de los padres; la persona, la mente personal, la existencia espiritual, no puede ser propagada por el hombre. La persona es espiritual. Por su carácter, la persona espiritual se halla en contraposición con el organismo psicofísico. Este, el organismo, es la totalidad de los órganos, es decir, de los instrumentos. La función del organismo es instrumental y expresiva: la persona necesita de su organismo para actuar y expresarse. Como instrumento que es en este sentido, constituye un medio para un fin y como tal, tiene valor utilitario. El concepto opuesto al de valor utilitario, es el concepto de dignidad, pero la dignidad pertenece sólo a la persona; le corresponde naturalmente con independencia de toda utilidad social o vital. Aquel que tiene conciencia de la dignidad de cada persona, siente también absoluto respeto por la persona humana, por el enfermo, por el incurable y por el insano irreversible. Quien ve solamente el organismo psicofísico y pierde de vista la persona que se halla detrás, es el médico absolutamente técnico, para quien el hombre enfermo es solamente el hombre máquina al que he hecho referencia anteriormente. Los aspectos espirituales de la persona humana, en el sentir de Frankl no son alcanzados por la fisiología ni tampoco por la psicología; están más allá de estos dos campos de estudio del ser humano.

Por otra parte, la persona es existencial, con lo cual se quiere decir que no es fáctica ni pertenece a la facticidad. El hombre, como persona, es un ser facultativo; él existe de acuerdo con su propia posibilidad por la cual o contra la cual puede decidirse. Ser hombre es, ante todo, ser profunda y finalmente responsable. Con esto también se quiere decir que es mucho más que meramente libre; en la responsabilidad se incluye el para qué de la libertad humana, aquello para lo que el hombre es libre, en favor de qué o contra qué se decide.

En la postulación de Frankl la persona es yoica y el Yo no se puede derivar del ello como lo sugiriera Freud, pero admite aspectos inconscientes del yo y diferencia el inconsciente instintivo, que también aceptan los psicoanalistas, del inconsciente espiritual. Al inconsciente espiritual, señala Frankl "le concierne la fe inconsciente, la religiosidad inconsciente como innata relación inconsciente y a menudo reprimida, del hombre con la trascendencia".

La persona no es sólo unidad y totalidad en sí misma. En ella está presente la unidad físico-psíquico-espiritual, y la totalidad representada por la criatura "hombre". El hombre, entonces, representa un punto de interacción, un cruce de tres niveles de existencia o de tres dimensiones, la física, la psíquica y la espiritual, pues es unidad o totalidad; pero dentro de esta unidad o totalidad, lo espiritual del hombre se contrapone a lo físico y lo psíquico. Si se proyecta al hombre desde el ámbito espiritual que le corresponde naturalmente, al plano de lo meramente psíquico o físico, se sacrifica no sólo una dimensión, sino justamente la dimensión humana.

El aspecto espiritual del ser humano, que lo diferencia del animal es su capacidad de trascender y de enfrentarse consigo mismo. La persona no se comprende a sí misma sino desde el punto de vista de la trascendencia; más que eso, el hombre es hombre sólo en la medida en que se comprende desde la trascendencia y también es sólo persona en la medida en que la trascendencia lo hace persona. Ideas similares sobre la trascendencia y la conciencia autorreflexiva producida a través de siglos de evolución, han sido expresadas magistralmente por Teilhard de Chardin en su célebre libro "El Fenómeno Humano".

En forma análoga a Merleau Ponty, Frankl se refiere al sentido de la existencia o de la vida en términos más espirituales que los que se advierten en las postulaciones del filósofo francés. A la manera kantiana considera la fe del hombre en el sentido de su propia existencia como una de las patologías del espíritu de la época actual, y recuerda las palabras de Albert Einstein quien se expresó así: "Quien siente su vida vacía de sentido, no solamente es desgraciado sino que apenas es capaz de sobrevivir".

En la búsqueda del sentido de la vida, el hombre es guiado por su conciencia que podría definirse como la capacidad de percibir totalidades llenas de sentido en situaciones concretas de la vida. Refiriéndose al análisis existencial que preconiza dice: "No podemos dar un sentido a la vida de los demás; lo que podemos brindarles en su camino por la vida es más bien y únicamente, el mostrarles el ejemplo de lo que somos, pues la respuesta al problema final de la vida humana no puede ser intelectual, sino sólo existencial". Múltiples han sido las respuestas, optimistas unas, nihilistas otras, que intentan dar al interrogante del sentido de la vida las filosofías existencialistas del siglo XX desde Kirkegaard y Bergson hasta Heidegger y Sartre.

Decía al comienzo que la relación médico-paciente es ética siempre y que si toda ética descansa sobre la visión religiosa del mundo, la relación médico-paciente se encontraría siempre arraigada en una determinada posición del espíritu frente a la religión. No quiero significar con esto la religión entendida como teología sistemática, ceremonias de culto y organizaciones eclesiásticas, sino aquello que William James en su libro "Las Variedades de la Experiencia Religiosa", llama el sentimiento religioso, es decir, la religión personal en la cual confluyen las disposiciones

interiores del hombre mismo, su conciencia, sus merecimientos, su impotencia, su sensación de ser incompleto, y cuyos actos morales son personales, no rituales; en la que se establece una relación directa, de corazón a corazón, de alma a alma, entre el Hombre y su Hacedor. La religión personal está relacionada con los sentimientos, actos y experiencias de los seres individuales en su intimidad, en tanto que se establecen y mantienen en relación con aquello que consideran como divino. Y por divino se entiende aquella realidad primaria a la cual el individuo se siente impelido a responder con solemnidad y gravedad, no como sometido a un yugo que doblega sino como una sensación de bienaventuranza que oscila entre la serenidad amable y el gozo espiritual infinito. El sentimiento religioso confiere al hombre una nueva visión de su vida que ninguna otra parte de nuestra naturaleza puede llenar con éxito.

Todos los elementos que he mencionado desde el plano físico, el biológico y el psíquico, hasta el espiritual y el sentimiento religioso, se encuentran indisolubles en el núcleo de la Persona Humana, en tanto que es unidad y totalidad. Es la totalidad de la Persona Humana del médico, la que debe actuar frente a la totalidad de la Persona Humana del paciente, en una relación interpersonal, que no puede ser otra que única.

La relación médico-paciente así concebida, ha adoptado modalidades diferentes en las distintas épocas históricas y según las condiciones socio-económicas y políticas del momento, en diferentes culturas y áreas geográficas. Pero, siempre, esa relación es única en su base fundamental del encuentro ocasional de dos Personas en función de lograr un objetivo: la salud del enfermo.

Las modalidades de la relación médico-paciente, adecuadas o inadecuadas, completas o incompletas, son diferentes si el tipo de relación es meramente humanitaria y de misericordia, como en la medicina que se practicaba en los antiguos hospitales de caridad; o si se trata de una relación fundamentalmente académica o universitaria, en que prime la necesidad de adquirir por parte del médico el conocimiento científico, apoyado muchas veces en excesos de técnica. Es también diferente si la tecnología del profesional predomina sobre todos los demás aspectos de la relación, y la modifica negativamente si transforma al paciente en un mero objeto de estudio y ensayo. Es también distinta cuando se intenta establecer la relación sobre un trasfondo de sistemas contractuales, en los cuales la intervención de un tercer elemento, el asegurador, modifica los términos y las circunstancias de una buena relación, lo que es cada vez más evidente en los sistemas de medicina prepagada de la actualidad y en razón a las disposiciones legales que bajo el término de mala práctica, ponen en guardia al médico en su ejercicio profesional.

El mundo occidental del que formamos parte es heredero cultural de sociedades ya desaparecidas que nos legaron concepciones filosóficas y religiosas, disposiciones jurídicas, formas de arte y maneras de pensar, que decantadas a

través de los tiempos, adicionadas por nuevas ideas que en bien o en mal sentido las han modificado, constituyen la estructura vital de nuestras sociedades actuales.

En el campo de la medicina y concretamente en la relación médico-paciente se revelan huellas de concepciones y modos de actuar del pasado, que aún en nuestro tiempo conservan una cierta vigencia. Ejemplo de esta afirmación es la distinción que existió en la antigua Grecia entre los médicos de esclavos y los médicos de hombres libres, que en nuestros días se encuentra representada por la diferencia que se establece entre los médicos de ricos y los médicos de pobres, o entre médicos de práctica privada y médicos de diversas formas de seguridad social o medicina de prepago. Esta doble modalidad del ejercicio médico era lógico que existiera en la sociedad esclavista griega, dadas las condiciones socio-económicas y políticas de la época, pero revela una falla en la relación médica con grupos inferiores en la escala social, como también se advierte en la modalidad de relación médica de la actualidad.

Platón, en el Banquete, uno de sus más importantes diálogos, señaló las diferencias entre "eros" o amor y "philia" o amistad, sus analogías y sus relaciones, para concluir indicando que la meta de la amistad es la perfección de la naturaleza humana en las individuaciones de esa naturaleza que son los amigos, o los pacientes en el caso de nuestra profesión. En medicina, aún utilizamos términos que expresan esa "philia" del médico por el paciente cuando hablamos de filantropía o amor al hombre y de filitecnia o amor al arte, entendiéndose el arte de curar. Y "tekhne", vocablo de donde se deriva técnica, se utiliza como un saber, conociendo qué se hace y por qué se hace o en síntesis, un saber hacer según el "qué" y el "por qué".

Para los médicos hipocráticos había dos modos de enfermar, cualitativamente distintos entre sí: las enfermedades nacidas "por necesidad" de la naturaleza, que tienen carácter incurable o mortal y las enfermedades que aparecen "por azar", que son susceptibles de ayuda técnica. Las primeras, son desórdenes morbosos regidos por una misteriosa e invencible necesidad de la naturaleza, frente a las cuales la tekhne del hombre sólo puede manifestar su impotencia; las segundas admiten la intervención del médico, uno de cuyos papeles fundamentales es establecer según los signos pronósticos si el proceso morboso es obra de la necesidad o bien producto del azar. Si la enfermedad era un producto de la necesidad de la naturaleza, el médico debía resignarse con honda veneración religiosa a su impotencia terapéutica y aceptar que su técnica tiene sus límites.

En el Corpus Hipocraticum se señalan las características del médico para su buena relación con el paciente. "El médico, dice, vestirá con decoro y limpieza y se perfumará discretamente porque todo eso complace a los enfermos; será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin llegar a ser jocoso y sin dejar de ser justo, evitará la excesiva austeridad... Entrado a la habitación del enfermo, el médico deberá recordar la manera de sentarse, la

continencia, el indumento, la gravedad, la brevedad en el decir, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, el cuidado, la respuesta a las objeciones".

En la relación con los enfermos, si éstos eran esclavos, por lo común no eran atendidos por médicos sino por empíricos cuya comunicación verbal con el enfermo era mínima. Si se trataba de enfermos ricos y libres, el médico hipocrático tradicional ilustraba al enfermo mediante "bellos discursos", mediante los cuales se persuadía al enfermo de que el remedio que se le iba a administrar era el más adecuado para él, individualizando el tratamiento de un modo más perfecto que el meramente cuantitativo. Pero además de ilustrar al paciente sobre la enfermedad y sus tratamientos y de persuadirlo para obtener su aceptación de los mismos, algunos médicos establecían una medicina pedagógica, cuya norma era seguir día a día el curso vital del posible enfermo a la manera como el pedagogo va siguiendo los pasos del niño que cuida. El empleo abusivo del método pedagógico y por lo tanto la excesiva individualización somática y biográfica de los tratamientos era perjudicial y en opinión de Platón debería ser proscrito en toda polis que aspire a la perfección, lo cual le conducía a proponer para su ciudad perfecta un cuerpo médico "que cuide de los ciudadanos de buena naturaleza anímica y corporal, pero que deje morir a aquellos cuya deficiencia radique en sus cuerpos, y condene a muerte a quienes tengan un alma naturalmente mala e incorregible".

En el alma del hombre, dice Lain Entralgo, existe un "instinto de auxilio", que en la ética médica hipocrática podía ser incrementado o debilitado por la educación para que fuera humanamente eficaz. El rasgo más central y meritorio de la ética hipocrática consistió en aceptar, interpretar y potenciar técnicamente ese instinto de auxilio al semejante enfermo.

Estoy de acuerdo con Lain Entralgo, cuando dice que a través de tantos cambios, algo sin embargo perdura constante de la medicina antigua: la actitud del médico frente al enfermo, esquemáticamente reducible a dos tipos, uno menos noble y otro más noble. Los médicos pertenecientes al primero, practican su técnica movidos principalmente por un vehemente afán de prestigio y de lucro. Los médicos integrantes del segundo, son por supuesto, técnicos profesionales y hombres sensibles a la atracción que sobre el alma humana ejercen el renombre y el dinero; pero el móvil que últimamente los ha llevado a ser "técnicos" de la medicina y a actuar como tales, es el doble amor a la naturaleza y al arte de curar.

Con el advenimiento del cristianismo, se afirmó desde su origen mismo que el hombre, entre todas las criaturas del mundo, es la única creada "a imagen y semejanza de Dios". Al aforismo aristotélico de "Ama a tu amigo como a ti mismo", el cristianismo contrapuso el "Ama a tu prójimo como a ti mismo", y prójimo o "próximo" puede y debe ser cualquier hombre, como lo señala la parábola del Buen Samaritano. Desde el punto de vista cristiano, la perfección

de la naturaleza física no es condición suficiente para la perfección de la persona; de manera tal que la bondad moral del hombre, en definitiva, la perfección de su persona, no puede ser mera consecuencia de la perfección de su naturaleza física.

La filantropía helenística fue notablemente ampliada por el cristianismo. Para el cristianismo primitivo, la enfermedad, además de ser un desorden más o menos duradero de la naturaleza del paciente, era un evento personal del hombre que la padece; y posee en su estructura una esencial dimensión religiosa y moral, tanto en orden a la condición humana general, como respecto de la singularísima persona a la que afecta. Se consideró que la enfermedad es causa de afición y que rectamente soportada es signo de distinción sobrenatural. Muchos de los pasajes evangélicos establecieron una relación análoga entre "salud" y "salvación" por un lado y entre "enfermedad" y "pecado" por el otro.

Desde el punto de vista social, el médico cristiano en sus comienzos estableció la condición igualitaria del tratamiento. La acción misericordiosa del médico debía tener por término la persona del enfermo, una persona doliente, quien quiera que fuese; en consecuencia el tratamiento había de ser practicado por igual independientemente de las condiciones sociales. A diferencia de los griegos, frente a los enfermos incurables o moribundos, el médico cristiano y como él todos los miembros de su comunidad, se creían en el deber de prestar ayuda técnica y caritativa a los pacientes en cuya dolencia ya nada era capaz de hacer el arte de curar. Se estableció la ayuda gratuita, sólo por caridad al enfermo menesteroso, y se incorporaron prácticas religiosas en el cuidado de los enfermos, tales como la oración, la unción sacramental y en algunos casos el exorcismo.

En la temprana Edad Media, la Regla de San Benito establecía que la asistencia médica debía ser prestada a los enfermos como si en verdad se prestase al mismo Cristo y a partir de esa época la asistencia médica fue pasando a sacerdotes tanto del clero secular como del regular. La amistad del médico con su paciente recibió en ocasiones la impronta de la situación feudal y la mentalidad ordálica de aquellas sociedades, como lo demuestra con bárbara elocuencia la conducta de Austriquilda, la esposa del rey Gonthan, con sus médicos Nicolás y Donato. En el año 580 cayó enferma y sintiéndose próxima a morir, pidió a su marido que ordenase decapitar a los dos médicos que la habían asistido, porque los remedios por ellos prescritos se habían mostrado ineficaces. El deseo de la moribunda fue fielmente cumplido, dice la crónica de Gregorio de Tours, con el fin de que la señora no entrase sola al reino de la muerte.

Siglos más tarde, suspendida la vigencia social de la mentalidad ordálica, al condenarse oficialmente la ordalía por el Concilio de Letrán en 1216, el pensamiento común de los médicos de la baja Edad Media, consideró que la enfermedad era real, no ente de razón; que siendo real, en cuanto tal, no poseía realidad sustantiva; que no siendo

sustancia, era un accidente de la sustancia del individuo que la padecía. Se pensó que la enfermedad como afección morbosa poseía un sentido que ponía a prueba la condición moral del hombre: si la enfermedad generaba desesperación o ira, era ocasión de pecado, en tanto que era meritoria si se tomaba como un sufrimiento no merecido que cristianamente se acepta y se ofrece.

La medicina medieval tardía, en el tránsito de la asistencia médica monástica a la acción de la práctica profesional de los laicos formados en Salerno y en las nacientes universidades europeas, era todavía una medicina promovida por la caridad que se expresaba en la "Amicitia Christiana" hacia la persona del enfermo y fue esencialmente igualitaria en los centros monásticos, aunque Armando de Villanova señalaba sin ambages dos modos de atender al enfermo: "la medicina para ricos" y la "medicina para pobres". La vinculación entre el médico y el enfermo fue cristianamente entendida. Médicos y enfermos encontraron que el fundamento de su mutua relación era la amistad médica cristiana.

Luego vino el Renacimiento y el afán de conocimiento y de creación de belleza, condujo al desarrollo del humanismo en todos los ámbitos de la ciencia y el arte. En la España de Carlos V la versatilidad de los médicos era tal que a finales del siglo XVI, la cuarta parte de los 541 libros médicos editados en el continente en el curso de 125 años, tenían que ver con temas no totalmente relacionados con la medicina. Esta amplitud de la visión del médico, necesariamente tenía que reflejarse en su relación con el paciente. Algunos títulos de libros de esa época, publicados en Sevilla, Toledo y otras ciudades españolas, reflejan la mentalidad de esa época: "Crónica e Historia Universal General del Hombre", de Juan Sánchez Valdés de la Plata; "Examen de los Ingenios para las Ciencias" del doctor Huarte de San Juan; "La Conservación de la Salud del Cuerpo y del Alma" de Blas Alvarez de Miramar; "Las Lágrimas de Angélica" de Luis Bartolomé de Soto y los "Discursos del Amparo de los Legítimos Pobres" de Cristóbal Pérez de Herrera.

La Reforma de Martín Lutero generó en toda Europa, pero muy especialmente en España, un movimiento contrario, la Contrarreforma, cuyas características de severidad se hicieron sentir en las regiones sometidas o lo autoridad de Felipe II. La vida cultural y científica de España se transformó cuando el monarca cerró virtualmente las puertas españolas a toda influencia que pudiera generar la Reforma en España. Con la mira de defender la religión católica, se impidió todo contacto con universidades extranjeras, y bajo penas severísimas de confiscación y destierro la juventud española que se formaba en París y Montpellier se vio forzada o regresar a la península. Los médicos de la época de Felipe II, en consecuencia, carecieron de la amplitud humanística de los que caracterizaron la época de Carlos V; fueron más científicos si se quiere pero sometidos a la voluntad del todopoderoso monarca. Un ejemplo patente de la intervención de la autoridad en la

relación médico-paciente se puede encontrar en las vicisitudes del tratamiento de la enfermedad del hijo de Felipe II, el tristemente célebre príncipe Carlos, inmortalizado siglos después por Schiller en el teatro y por Giuseppe Verdi en la ópera. Las múltiples juntas médicas que se realizaron para estudiar la enfermedad del príncipe y para determinar la conducta terapéutica, fueron presididas por el monarca o, en su defecto, por el duque de Alba; la trepanación del cráneo del príncipe Carlos, fue dirigida por el mismo duque, quien por fortuna para el príncipe, ordenó suspenderla en sus fases iniciales a sus médicos, entre los cuales figuraban don Bartolomé Hidalgo de Agüero, don Dionisio Daza Chacón y el inmortal Vesalio, que por esa época era médico de la corte española.

La medicina se va constituyendo en una actividad más científica, en la medida en que la investigación va descubriendo y explicando los fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos. El desarrollo de la ciencia entre el siglo XVII y el XIX es inmenso y el cambio de orientación de la relación médico-paciente se va dirigiendo cada vez más hacia una asistencia hospitalaria bien organizada en centros prestigiosos como la Salpetriere en París, el Guy's Hospital en Londres y el Allgemeine Krankenhaus en Viena. Se va estableciendo la práctica del "médico de cabecera", que será sustituido en el siglo actual por el especialista, y se institucionaliza la medicina privada.

Para los historiadores contemporáneos de la ciencia, como el profesor Bernard Cohen, de la Universidad de Harvard, las tres más grandes revoluciones intelectuales de los últimos cien años están relacionadas con los nombres de Karl Marx, Charles Darwin y Sigmund Freud. Independientemente que el psicoanálisis freudiano ortodoxo se considere o no como ciencia o se le relacione más con una filosofía e inclusive con una religión, el hecho es que su impacto en el campo de la medicina ha sido enorme y que las concepciones psicológicas después de Freud han tenido vastas repercusiones en el diagnóstico y el tratamiento de entidades patológicas, y en el conocimiento mismo del hombre.

En el campo de la relación médico-paciente que hoy nos ocupa, el nexo que vincula entre sí al terapeuta y al enfermo, la antigua *philia* se ha convertido en transferencia. En sus "Estudios sobre la Histeria", Freud describió esa particular relación afectiva que en curso de la cura analítica suele establecerse entre el médico y el paciente y la concibió como una transferencia a la vez necesaria y perturbadora. La transferencia presupone en el paciente honda confianza en el médico y se la encuentra en toda actividad médica que exija una colaboración con el enfermo y tienda a una modificación de su estado psíquico. El manejo de la transferencia, que es condición indispensable para la resolución del problema psicológico, es la pieza central del tratamiento psicoanalítico. La actitud del médico en cuanto a saber escuchar e interpretar el material suministrado por el paciente, es la ayuda técnica que se le

presta al enfermo para la adecuada solución de sus conflictos. Freud estableció inicialmente la regla de la "pasividad" del médico, según la cual éste debe conducirse como una pantalla neutra respecto a las expresiones y actitudes del paciente. Psicoterapeutas posteriores, incluso de corte analítico, consideran, sin embargo, que para la adecuada y pronta solución de los conflictos, se requiere de la intervención activa del médico en la relación analítica.

El fenómeno complementario de la transferencia es la contratransferencia, que implica la reviviscencia de situaciones transferenciales en el alma del terapeuta como consecuencia de la cura analítica y la consecutiva proyección de las mismas sobre la persona del paciente. Spitz define la contratransferencia como una reacción espontánea del analista a la personalidad del paciente. Este proceso se resuelve en formaciones inconscientes, que alcanzan expresión en la actitud del analista; actitud que a su vez produce modificaciones en la transferencia del paciente.

A la interpretación clásica, erótica si se quiere, del psicoanálisis ortodoxo freudiano, Adler y los adeptos a la "psicología individual" piensan que el fenómeno de la transferencia debe ser interpretado desde el punto de vista del instinto del poder de Jung y se refiere al inconsciente colectivo en que se halla implantada el alma del enfermo.

No es habitual hablar de transferencia y contratransferencia en la relación ordinaria médico-paciente y se reservan los términos solamente para las relaciones psicoanalíticas. Sin embargo, es claro que fenómenos análogos ocurren en la relación médico-paciente ordinaria y condicionan, como lo expresé en un comienzo, la situación de tensión ambivalente de las tendencias espontáneas y antagónicas hacia la ayuda y el abandono, que se suscitan en el médico que se enfrenta a la enfermedad. Ser médico, dije antes, es hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono.

En el curso de las últimas décadas se han venido presentando cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica que influyen en la relación médico-paciente. El desarrollo impresionante de la tecnología médica y la ampliación de todos los conocimientos, hace que el profesional de nuestra época se vea precisado a solicitar la ayuda técnica de sus colegas para el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes; esto es especialmente evidente y en ocasiones dramático en el caso de pacientes graves o complicados que necesitan atención especializada en las unidades de cuidado intensivo.

El costo de la asistencia médica de ese tipo de enfermos es considerable y por fuera de los presupuestos de salud de una persona corriente. Esto ha conducido al desarrollo de sistemas de atención médica de modalidades diferentes, generalmente agrupadas bajo el nombre de Sistemas de Medicina Prepagada. En ellas el paciente es más consciente de su derecho a ser asistido y el médico menos libre en el ejercicio de una medicina antiguamente

llamada liberal. Estas nuevas situaciones se reflejan en la modalidad de la relación médico-paciente de los tiempos actuales, tal como otras diversas, en otros tiempos, se reflejaron en la relación médica al superarse la esclavitud, al minimizarse el sentido mágico de la medicina, al desarrollarse el método experimental y la medicina científica, al establecerse la medicina privada y las modernas concepciones psicoanalíticas y finalmente al implantarse la socialización de la medicina.

Todas estas etapas tan distintas unas de otras, con modalidades diversas de relación médico-paciente, tienen, sin embargo, si se analizan en profundidad, un común denominador: el encuentro de una totalidad, la del médico con otra totalidad, la del paciente, empeñadas en lograr un objetivo común, la salud del enfermo.

Pero es la totalidad del médico en sus aspectos físicos y biológicos, psicológicos y espirituales la que forma la base de una buena relación con el enfermo, independientemente de las circunstancias coyunturales en que se desarrolle tal situación en los tiempos actuales. Es el médico consciente de su misión profesional, plenamente identificado con la esencia de la medicina que practica, el que puede lograr el encuentro de su propia conciencia, con la confianza que le entrega su enfermo.

Para lograr que la relación médico-paciente se obtenga de la mejor manera posible, tanto médicos como enfermos tienen deberes que cumplir: del lado del paciente, sus obligaciones para con el médico se sintetizan en tres: lealtad en la información que le suministra sobre la enfermedad, confianza en la pericia médica del profesional, y por ende, obediencia a sus prescripciones, y finalmente distancia, la afectuosa distancia, que evitará que la confianza y la amistad dejen de ser transferencia útil y se truequen en transferencia perniciosa.

Del lado del médico, sus obligaciones para con el paciente se sintetizan en el cumplimiento de la regla de oro del arte de curar cual es la búsqueda del bien del paciente. Para lograrlo no basta simplemente poseer la habilidad adecuada y unos conocimientos sobre el arte ampliados por desarrollos técnicos suficientes. Es necesario para el médico poner, en su noble empeño de curar o consolar, todas las fuerzas biológicas, físicas y espirituales que le permitan establecer diagnósticos acertados e implantar los tratamientos pertinentes; impregnarse y comprender con benevolencia, como si fueran propios, los sentimientos de aceptación y de rechazo del paciente, captando y entendiendo serenamente sus actitudes, sus angustias y sus depresiones. Estimar el grado de información que debe dar al enfermo sobre sus dolencias, valorando cuidadosamente la forma y la oportunidad de suministrarla. Entender cuán importante es muchas veces el silencio, frente a la abundancia de palabras. Establecer la afectuosa distancia que él mismo pide al paciente, y estar en todo momento bien dispuesto a entregar al enfermo, con generosidad y altura, su amistad invariable y lo mejor de su saber profesional.

### Bibliografía

1. **Ayer A J.** "The Philosophy in the Twentieth Century". Weidenfeld and Nicolson, London, 1982.
2. **Baum Wilhelm.** "Ludwig Wittgenstein". Alianza Ed, Madrid, 1988.
3. **Cohen J Bernard.** "Revolution in Science". Harvard Univ Press, 6 Ed, 1994.
4. **Crick J Bernard.** "The Antonishing Hypotesis". Simon and Schuster, London, 1994
5. **Chardin Pierre Teilhard de.** "Le Phenomene Humaine". Ed Du Seuil, Paris, 1955.
6. **De Francisco Adolfo.** "El Hombre Frente a la Muerte". Medicina, Bogotá, Vol 30, julio 1992.
7. **De Francisco Adolfo.** "Medicina del Renacimiento Español". Medicina, Bogotá, Vol 9, 1984.
8. **De Francisco Adolfo.** "Humanismo y Medicina". En prensa. Bogotá, 1997.
9. **Durant Will.** "The Pleasures of Philosophy". Simon and Schuster, New York, 1953.
10. **Durant Will.** "Historia de la Filosofia". Joaquín Gil Ed, Buenos Aires, 1961.
11. **Einstein Albert.** "Mi Visión del Mundo". Tusquets Editores, Barcelona, 1981.
12. **Frankl Víctor E.** "La Voluntad de Sentido". Herder Ed, Barcelona, 1984.
13. **Freud Sigmund.** "The Dynamics of Transference". 1912, The Hoggarth Press, London, 1969.
14. **Freud Sigmund.** "Estudios sobre la Histeria". 1905, The Hoggarth Press, London, 1969.
15. **Heisenberg Werner.** "La imagen de la Naturaleza en la Física Actual". Ed Orbis SA, 1985.
16. **Jaeger Werner.** "Paideia. Los Ideales de la Cultura Griega". Fond Cult Econ, México, 1962.
17. **James William.** "The Varieties of Religious Experience" . Penguin Books, New York, 1985.
18. **Jolivet Regis.** "Las Doctrinas Existencialistas". Ed. Gredos, Madrid, 1970.
19. **Kuhn Thomas S.** "The Structure of Scientific Revolutions". 2 Ed Chicago Univ. Press, 1970.
20. **Lain Entralgo Pedro.** "La Relación Médico Paciente". Alianza Ed, Madrid, 1983.
21. **Lain Entralgo Pedro.** "Historia Universal de la Medicina". Salvat, Madrid, 1972.
22. **Lindberg David C.** "Science in the Middle Ages". Chicago Univ Press, 1978.
23. **Merleau Ponty, Maurice.** "La Structure du Comportement". PUF, Paris, 1967.
24. **Merleau Ponty, Maurice.** "Phenomenologie de la Perception". Gallimard, Paris, 1945.
25. **Pinto Cantista, Ma. José.** "Sentido y Ser en Merleau Ponty". Eunsa, Pamplona, 1982.
26. **Prigogine Ilya, Stengers Isabelle.** "La Nouvelle Alliance". Gallimard. Paris, 1979.
27. **Prigogine Ilya, Stengers Isabelle.** "Entre les Temps et Lrquote Eternité". Flammarion. Paris, 1992.
28. **Racker Heinrich.** "Transference and Countertransference". The Hoggart Press, London, 1968.
29. **Rangel Luis S.** "La Medicina Española Renacentista". Ed Univ Salamanca, 1980.
30. **Sánchez-Medina Guillermo.** "Técnica y Clínica Psicoanalítica". Centro Profesional Gráfico, Bogotá, 1994.
31. "Tratados Hipocráticos". Ed Gredos, Madrid 1990.
32. **Walsh W Thomas.** "Felipe 11". Espasa Calpé, Madrid. 1968.