

La amistad: una mirada bioética para la neurorehabilitación del paciente neurológico

María Virginia Garcés Viera
Sebastián Aguirre Mesa

Introducción

Cuando una persona está en un hospital en calidad de enfermo, a la espera de algún tratamiento que mejore su condición y con temores acerca de lo que pueda llegar a sucederle, es allí donde debe confiar en aquellos médicos que lo atienden.

En muchas ocasiones, para elaborar los temores vinculados a los tratamientos médicos, atribuimos al médico cualidades sobrehumanas: si el tratamiento fue un éxito, se dice que el médico es un héroe o que Dios actuó a través de él; pero si el tratamiento no salió bien, él es el culpable. La realidad es completamente diferente, pues los médicos, antes de serlo, son seres humanos, son personas. Una parte de lo que sucede en los hospitales es fortuito, lo que significa que son pocas las ocasiones en las que el médico tiene un control total sobre el éxito o fracaso de un tratamiento.

Los retos que enfrenta la medicina actual son innumerables, el avance en el conocimiento del ser humano y de sus patologías, así como el desarrollo de nuevas tecnologías para el tratamiento, afectan el quehacer médico. En la atención profesional hay una pérdida de valores, los cuales impactan en la relación médico-paciente y en la mala percepción que pueda tener el paciente del cuidado de su enfermedad, lo que repercutirá negativamente en su recuperación funcional. Uno de los valores que se ha perdido es el de la *amistad*.

Para este término, una de las definiciones que ofrece la Real Academia Española es la de “Afecto personal, puro y desinteresado, compartido con otra persona, que nace y se fortalece con el trato” (en línea). Para el presente artículo recuperaremos ese aspecto *afectivo* que expresa el diccionario, puesto que es una condición necesaria para la relación médico-paciente. En el segundo apartado del texto, abordaremos este concepto desde los referentes humanistas y clásicos de la antigüedad.

La transición sociodemográfica afecta el ejercicio de la profesión toda vez que el prestigio del

médico como figura trascendental en el contexto cultural se modifica en razón de las relaciones que las personas, históricamente, han establecido con sus referentes culturales y sociales. Veremos en el texto la manera como la figura del médico se moviliza de un sentido mágico-religioso, a otro donde los factores técnicos, humanos y bioéticos configuran una dimensión compleja de su quehacer profesional en la actualidad. En esta configuración social de la profesión, el valor de la amistad aparece como un imperativo para cualificar la relación médico-paciente. Se requiere toda la capacidad del médico neurorrehabilitador para establecer una adecuada relación con su paciente, de modo que se pueda ver reflejado en una recuperación óptima. En este contexto, consideramos al paciente como sujeto que posee autonomía, entendiéndolo esta como la capacidad del ser humano para tomar decisión por sí mismo.

Debemos informar a todas las partes con respecto a sus derechos y dar cuenta de los riesgos y beneficios, así como de la responsabilidad compartida. Para generar un cambio en la relación médico-paciente, se debe considerar el aporte de la Bioética para la implementación de una relación de amistad en un marco de la autonomía, la beneficencia y la justicia.

En consonancia con lo anterior, el presente artículo de revisión tiene como propósito determinar, a través de diversas fuentes de información, cuál ha sido el abordaje de la bioética en el marco de amistad, en la relación médico-paciente, particularmente para el médico neurorrehabilitador, ya que este es un experto en tratar alteraciones secuelas de origen neurológico, valora y elabora un diagnóstico médico sobre las limitaciones motoras, cognitivas y sensoriales y planifica un programa de tratamiento específico y precoz para cada paciente, logrando con ello la máxima funcionalidad posible e independencia en sus actividades básicas cotidianas.

Este propósito se concatena en la exploración de un marco de referencia que determina los lineamientos para el abordaje e identificación de las principales características que acompañan la relación médico-paciente en la práctica Bioética.

Como temas preliminares de análisis tenemos el contexto histórico de la Bioética en la relación médico-paciente, la compasión y la comprensión. El artículo se encuentra dividido en tres apartados: el primero de ellos se centra en la relación médico-paciente y en las dificultades

conexas; se abordarán aspectos de las relaciones de los seres humanos según el tipo de vínculo que existe entre ellos. Se definen tres condiciones importantes asociadas al vínculo médico-paciente: saberse poner en el lugar del otro, sentir cómo la persona que se atiende, y estar dispuesto a ayudar en las diferentes dificultades que se presentan o se puedan presentar. Se describen las facetas de la relación médico-paciente (médica, espiritual, volitiva, afectiva, social y religiosa) y por último se presentan tres modelos destacados en esa relación.

El segundo apartado presenta un breve contexto histórico del tratamiento que los antiguos (principalmente griegos y romanos) dieron a la amistad. Se hace hincapié en el sentido de *philia* como el valor de la fraternidad que se mantiene hasta nuestros días en manifestaciones como el egoísmo y el altruismo.

El tercer apartado se denomina la relación médico-paciente y el paciente neurológico. Allí se describe cómo han cambiado las relaciones de los seres humanos a través del tiempo; la cultura cambia y las tecnologías cada vez avanzan, hasta el punto de que los encuentros entre pares no son personales, sino virtuales. En este apartado se incluyen los resultados y conclusiones de la revisión que se hizo.

1. Breve historia de la amistad

Durante el tiempo que comparten el médico y su paciente, surgen relaciones basadas en los sentimientos de confianza, consuelo, amor, tolerancia y respeto entre ambos. Las relaciones de amistad han sido profusamente narradas en el mundo de la literatura como en el del cine y la televisión. Sin la intención de ser exhaustivos, pueden ser ejemplo Don Quijote y Sancho Panza, Sherlock Holmes y Watson, *Los tres chiflados*, *Friends*, entre otros. En la Sagrada Biblia también encontramos narraciones como la de Ruth y Noemí, David y Jonatán, Pablo y Bernabé, y algunos filósofos como Aristóteles tratan el valor de la amistad, como lo hizo en *Ética Nicomáquea*.

El egoísmo y el altruismo son dos actos naturales de todos los seres humanos. Una actitud egocéntrica, centrada en uno mismo, es originalmente un impulso intuitivo e instintivo, es una

lucha constante por permanecer en esta vida de la mejor forma posible. Los valores del altruismo, el amor, la amistad, la compasión y la solidaridad no son congénitos, si no que se construyen desde las relaciones que establece el ser humano en su historia y en su cultura. La grandeza del ser humano está principalmente en que puede formar lazos como la amistad; tal vez sea la tarea más hermosa que pueden proponerse los humanos y, sin duda, una muy gratificante.

Dado que la amistad es uno de los tesoros de la humanidad, podemos trastrear su conceptualización desde los tiempos más remotos hasta nuestros días. Para los griegos Platón, Aristóteles y Sócrates, la amistad es *philia*, esto es, la manera de referirse al amor fraterno. Ha sido definida también como la intención de promover el bien común cuando se trabaja en cooperación con otros.

En el diálogo platónico *El banquete* encontramos las representativas palabras de Sócrates que pueden ayudarnos a entender el aporte de estos filósofos:

Contéstame, Menéxeno, a lo que te pregunto. Hay algo que deseo desde niño, como otros desean otras cosas. Quién desea tener caballos, quién perros, quién oro, quién honores. A mí, sin embargo, estas cosas me dejan frío, no así el tener amigos, cosa que me apasiona; y tener un buen amigo me gustaría más que la mejor codorniz del mundo o el mejor gallo, e incluso, por Zeus, más que el mejor caballo, que el mejor perro. Y creo, por el perro, que preferiría, con mucho, tener un compañero, a todo el oro de Darío. ¡Tan amigo de los amigos soy! Viendoos a vosotros, a ti y a Lisis, me asombro, y os felicito porque, tan jóvenes, habéis llegado a poseer tal don, de una manera rápida y sencilla. Has logrado rápida y fácilmente que él sea tu amigo y tú, el suyo. Pero yo estoy tan lejos de tal cosa que no sé de qué modo se hace uno amigo de otro. Por ello, dada tu experiencia, quisiera preguntarte sobre todo esto. (citado en Soares, 2009)

Este es el primer documento filosófico en el que se lleva a cabo una investigación sobre la amistad, en la cual se analizan algunas ideas tradicionales en Grecia sobre este valor, ya que el pueblo griego identificó muchas veces amistad con utilidad. Se necesita de esta reflexión socrático-platónica para darle a la amistad una profunda versión en un contexto ético. En todo el diálogo se define la *philia* como un vínculo de amor, en sentido amplio, entre seres humano. Menéxeno, Hipótales y Ctésipo discuten en presencia de Sócrates, quien los guía con sus preguntas para obtener respuestas, pero hacia el final del texto los participantes se muestran incapaces de decir qué es la amistad.

Philéo es, desde Homero, la palabra que designa la simpatía, el amor, la hospitalidad. Este sentido ha entrado en desuso ya que se utiliza como adjetivo, con el significado de ‘querido’, ‘caro’, ‘apreciado’. Se convirtió luego en la expresión sustantiva para significar amigo, pariente, etc. Interpretando las palabras de este gran filósofo, decir entonces que el amigo es aquel que ama, es lo mismo que decir, que basta amar a alguno para ser su amigo. Sin embargo, el hombre que ama a otro puede no ser correspondido, cosa que se ve comúnmente en la vida diaria. Para que sea posible la amistad debe existir un sentimiento entre esas dos persona, si solo una persona siente esta conexión y el otro no, entonces no puede recibir el nombre de “amistad” si no el de “reciprocidad”.

Platón tiene tres diálogos en los que se ocupa de la *philia*: *Lisis*, *Banquete* y *Fedro*. En ellos, el amor toma un primer plano y acaba por imponerse haciendo que todas las demás cuestiones relacionadas con la amistad pasen a un segundo plano. Se concluye en estos diálogos que todas las definiciones propuestas para el amigo y la amistad no son muy extensas e incompletas, refiere que el amigo no puede ser ni simplemente aquel que ama, ni simplemente aquel que es amado.

En el primer diálogo que se menciona, *Lisis* presenta una crítica de la amistad basada en la posesión de bienes. Desde esta idea tradicional de amistad como utilidad se proyecta una nueva definición. Para Platón la amistad tiene una razón de parentesco o de familia entre dos personas que hacen sintonizar a los amigos, esta relación se denomina en griego *oikeiôsis* ("apropiación", "orientación", "familiarización", "afinidad", "afiliación" y "cariño").

La amistad tiene como meta la perfección de la naturaleza humana, la teoría platónica será desarrollada y sistematizada más adelante por su discípulo Aristóteles. Este filósofo dedica a la amistad los libros VIII y IX de su *Ética Nicomaquéa*. Allí señala que esta relación es necesaria para la vida, que sin ella nadie querría vivir, aunque tuviera todos los bienes materiales a su disposición. A partir de los textos naturalistas de Empédocles, Heráclito y Eurípides, el filósofo concluye que la amistad consiste en un tipo de amor que clasifica así: por ser útiles, por ser agradables o por ser buenas. De aquí se deriva la conceptualización de tres clases de amistad que se sintetizan a continuación.

Aquellos que se hacen amigos por utilidad no buscan sino lo que no pueden obtener por sí mismos, de modo que la amistad no se forma por el valor intrínseco de los hombres, sino por conveniencia. Los que basan su amistad en el mutuo agrado soportan su relación en el placer que por ser tan inestable como la utilidad, no logra mantener el reciproco amor por mucho tiempo. Estas amistades son fáciles de disolver: «La desgracia pone de manifiesto quienes no son realmente amigos, sino que lo son por alguna utilidad fortuita» (Raña Dafonte, 2012, p. 504). Para Aristóteles, la amistad perfecta es la de los hombres buenos e iguales en virtud ya que es estable, perdurable, pero difícil de encontrar.

El amor tiene su base en el placer visual y la amistad en la benevolencia. Siendo para los amantes el sentido más precioso la vista; para los amigos lo preferible a todo es la convivencia: «Parece, sin duda, que la benevolencia es el principio de la amistad, así como el placer visual lo es del amor, porque nadie ama si antes no se ha complacido con la forma bella del amado». «La amistad es una virtud o algo acompañado de virtud y, además, es lo más necesario para la vida. En efecto, sin amigos nadie querría vivir, aunque tuviera todos los bienes [...]. Pero la amistad es no sólo necesaria, sino también hermosa». (Aristóteles, pp. 322-323)

Algo más tarde y en un estilo que recuerda al de Platón, el orador romano Cicerón escribe un diálogo sobre la amistad, el *Lelio*. En la obra son protagonistas Quinto Mucio Escévola, Cayo Fanio y el propio Lelio, y en un continuo ir y venir del pasado hacia el presente, se busca el significado de la amistad, no de la palabra como tal, sino más bien del hecho de ser amigo. Dice Cicerón en boca de Lelio que es el acuerdo absoluto y benevolente en todos los asuntos, tanto humanos como divinos: “La amistad en sí no es otra cosa que una consonancia absoluta de pareceres sobre todas las cosas divinas y humanas, unida a una benevolencia y amor recíprocos” (Cicerón, 1971, p. 32).

Cicerón señala las características o cualidades de la auténtica amistad que se basa en la virtud, la cual se origina en el amor y no en la necesidad: “Por eso creo que la amistad procede de la naturaleza más que de la necesidad, más de un impulso del alma, dotada de cierto sentido del amor, que del cálculo de las ventajas que pudiera traer consigo” (Cicerón, 1971, p. 42).

Cicerón hace que los jóvenes que lo escuchan con atención prefieran la amistad sobre todas las cosas humanas. Nada hay tan conforme en la naturaleza, tan conveniente en las circunstancias adversas y en las favorables como ella: “¿Cómo puede ser digna de ser vivida, se pregunta, una vida que no reposa en la buena voluntad compartida por un amigo? ¿Qué será más agradable que tener alguien con quien atreverse a hablar de todo como ante uno mismo? ¿Quién se alegraría en las circunstancias felices si no tuviera alguien que se alegrara igual que uno mismo?” (Cicerón, 1971, p. 42). Para él, la ventaja más importante de la amistad es que proyecta una luz de esperanza hacia el futuro y no permite que los ánimos se debiliten ni decaigan: sin los amigos se hace imposible sobrellevar los males y sin ellos tampoco es posible ser feliz.

La práctica de la amistad requiere de una serie de actitudes que Cicerón analiza y refiere como evitar pedirle a los amigos nada que vaya en contra del honor de ellos y de los intereses del Estado: «Sea, pues, la primera ley en la amistad no pedir cosas vergonzosas, ni hacerlas, si se nos piden». «Sea, pues, la primera ley de la amistad: que lo que se pida a los amigos sea honroso» No debe buscarse la amistad por utilidad, sino por beneficencia. Hay un factor psicológico de gran importancia para formar una verdadera amistad y esta es la proyección del yo. El que posee a un verdadero amigo contempla a un doble de sí mismo. La verdadera amistad no consiste sino en trasladar el amor propio a otra persona, como si se tratara de un segundo yo. (Cicerón, 1971, pp. 58-62).

Cicerón deja a un lado la amistad por utilidad para tomar el camino de la interioridad. En sus escritos, define la amistad como la unión de dos espíritus por la sincera voluntad de amarse, donde postula que dos personas constituyen la unión en todo, en la amistad, aun en la adversidad, en la alegría y en la tristeza, todo reclaman por igual. En su espíritu, nada es agradable si no se puede compartir con un amigo. La amistad nace por el compartirlo todo; solo es digno de ser llamado “amigo” aquél en quien uno tiene la misma confianza que deposita en uno mismo. Antes de la amistad se debe juzgar, después de ella, se debe ser fiel y no huir cuando la prueba se presenta. Por tal motivo, antes de ir a buscar amigos invita a que cada uno se haga amigo de sí mismo, quien en ello se empeña nunca estará solo y será amigo de todos los hombres, afirma Cicerón.

Un siglo después de la muerte de Cicerón, algunos hombres procedentes de Palestina recorrerán las ciudades del Imperio Romano proclamando que la realidad del hombre es algo más alto y mucho más digno que la *physis* y la *natura* de la que habían hablado los pensadores de la antigüedad clásica. Se llamaban a sí mismos “cristianos”. Dios, el mundo y el hombre son las novedades que el Cristianismo aporta; estas no son de origen filosófico, pero van a tener una repercusión clara en la historia de la filosofía posterior.

La idea de Dios es una realidad personal, espiritual y trascendente al mundo y es el origen primero de todo lo no divino, surge de la nada, voluntaria y hecha libremente. Tiene un principio y tendrá un final. La idea del hombre más que un ser natural es un ser personal, hecho a imagen y semejanza de Dios que es espiritual e inmortal. Su destino depende de su libre decisión. El Cristianismo relaciona la amistad con el amor (“la caridad”) por el prójimo sin su exclusión. Ejemplo bíblico de la visión cristiana del amor. “Yo os digo: amad a vuestros enemigos y orad por los que os persiguen». Entre las novedades del amor cristiano está la exigencia de no excluir a nadie, sea este amigo o enemigo (Estrada, 1992).

2. La relación médico-paciente y sus dificultades

Las relaciones que tenemos los seres humanos se caracterizan porque son de distinto tipo: algunas son más estrechas y fuertes, otras todo lo contrario. Los médicos con sus pacientes establecen una relación débil. Los médicos, en su posición profesional, deben estar dispuestos a brindar su ayuda de manera humanitaria y sensible. La relación médico-paciente ha existido desde el inicio de la medicina y se ha ido transformando con los cambios que ha tenido a través de los tiempos, desde el paradigma mágico-religioso dominante en las sociedades primitivas hasta la mentalidad tecnológica que sobresale en los tiempos actuales.

Al respecto, en su libro *La relación médico enfermo: historia y teoría* Pedro Laín Entralgo plantea que:

Desde el Paleolítico hasta esa decisiva hazaña de la Grecia clásica, tres han sido, a mi juicio, los tipos cardinales de la relación sanadora: la ayuda espontánea, la curación mágica y el tratamiento empírico. Se le ha llamado ayuda espontánea a la que se le brinda al enfermo siguiendo el instinto de auxilio que realmente opera en el alma humana normal, sin la necesidad de recurrir a usos tradicionales ni a ritos mágicos. La madre que aprieta a su hijo contra sí misma le está generando una sensación de seguridad a este, la niña que apoya su mano, con ánimo protector, sobre la región doliente del cuerpo de su hermano, practica sin saberlo este primario modo de la relación sanadora. La ayuda así prestada es, por supuesto, espontánea: a la vista del semejante enfermo, el impulso de que ella procede brota sin deliberación en el alma, como de la vena herida brota la sangre. (Laín Entralgo, 2012, p. 33)

No hay claridad sobre cómo y cuándo los hombres empezaron a realizar maniobras de carácter mágico para resolver sus problemas vitales. En cualquier caso, es lícito pensar que la curación mágica de las enfermedades constituye un invento humano relativamente tardío, porque su periodo de vigencia parece ser nulo o muy escaso en las culturas más primitivas. La práctica de la magia terapéutica, entendida en su máxima expresión, prevalece ampliamente entre los actuales pueblos primitivos y a manera de reliquia supersticiosa subsiste en las zonas inferiores de no pocas sociedades civilizadas.

La tercera de las formas no técnicas de la ayuda al semejante enfermo es el *tratamiento empírico*, el cual consiste en repetir sin reflexión causal, sin una preocupación previa ni posterior acerca del porqué de su eficacia sanadora; es una práctica curativa descubierta por azar, que en ocasiones semejantes pareció mostrarse útil (*Cf.* Ronderos, P., 2007). En las culturas primitivas era usual la asociación del empirismo con la magia; luego, ante la existencia de empíricos puros, también era posible esa asociación con lo mágico, en el contexto de las sociedades semicivilizadas: el pastor que sabe entablillar una extremidad fracturada, el herbolario que conoce las propiedades terapéuticas de determinadas hierbas. Vale la pena mencionar en este punto que dos de los principales motivos de la relación médica propiamente dicha en el paciente, la confianza amistosa; en el terapeuta, la amistad auxiliadora se dan *in nuce*, desde el principio de la relación (Laín Entralgo, 2012, p. 36).

Las características de la relación médico-paciente las agrupó Hipócrates hace más de 2000 años cuando propuso las principales cualidades que un médico debía reunir: conocimiento, sabiduría, humanidad y moralidad (Hipócrates, citado en Pardell, 2009).

Pedro Lain Entralgo, por su parte, define tres condiciones importantes, dentro de las cuales resalta: saber ponerse en el lugar del otro; sentir como la persona que se atiende y estar dispuesto a ayudar en las diferentes dificultades que se presentan o se puedan presentar (Lain Entralgo, 2012, pp. 261-273).

Se puede definir la relación médico-paciente como una relación interpersonal con características éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional, las cuales sirven de base para una buena gestión de la salud. Es difícil que se presente una relación de tipo humanitario si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, física, profunda, solidaria y profesional. Nunca podrá ser una relación interpersonal a través de equipos, porque tiene que desarrollarse en un contexto humano. Pues muchos de los diagnósticos y algunos de los tratamientos se realizan a través de tecnologías médicas.

La relación médico-paciente puede ser catalogada de diferentes formas, pero la más práctica es aquella que establece tres formas, de acuerdo con González Menéndez (2004):

1. Relación activo-pasiva
2. Relación de cooperación guiada
3. Relación de participación mutua

La relación activo-pasiva es aquella que se instaura con personas que se encuentran en estado comatoso o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa y activa, como podría ser en el caso de una persona con un edema agudo del pulmón. Al respecto, anota Gracia D. (1998) que “la relación clínica es aquella que tiene lugar entre una persona que considera su salud amenazada y alguien que posee el saber y la técnica para hacer frente a la enfermedad y restaurar la salud comprometida o en riesgo” (Gracia D. , 1998, p. 556).

La relación cooperativa guiada es la que se constituye con personas que están en condiciones de colaborar en su diagnóstico y tratamiento, como suele suceder en algunas enfermedades agudas (neumonía, por ejemplo) y crónicas (como la hipertensión arterial).

La relación de participación mutua no sólo reúne el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión transparente de situaciones y conductas relacionadas con el origen y la evolución de la enfermedad.

El médico debe tener claridad sobre el hecho de que su relación profesional interpersonal con el paciente debe estar determinada por el respeto que inspira su rol en una profesión de alto contenido social, que genera expectativa en la sociedad, que debe manifestar un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad. Su posición se equipará a la de una piedra angular, en la prestación de un servicio de gran significado humano como lo es promover la salud o reintegrarla. Mantenerse en constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad. El profesional debe cuidar cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas (Chiu Navarro, Colas Acosta, Alonso Pardo, & Cossio Figueroa, 1999).

Es completamente relevante en la relación médico-paciente tener en cuenta las características personales del médico y del paciente; por parte del médico, es esencial que conozca su carácter, sus flaquezas, el grado de información, hasta dónde puede manejar una situación determinada y cuándo debe solicitar ayuda a otro colega. Se debe tener en cuenta el gran significado profesional de su reputación científica y social:

La relación entre médicos y pacientes sufrió retos importantes planteando tensiones y conflictos: la participación activa del paciente como agente moral autónomo en las decisiones médicas exigen del médico una relación más horizontal y un cambio en su perspectiva paternalista, pero al mismo tiempo desencadena desconcierto, temores y resistencias. (Gracia D. , 1999, p. 100)

Por otra parte, en relación con el paciente, es necesario tener en cuenta los objetivos que busca, el estado afectivo de ambos y la posición en la cual se encuentra cada uno. El médico como profesional usualmente es situado por el paciente en una posición superior, por lo tanto, el médico con su actuar debe equilibrar la situación estableciendo buenas vías de comunicación a través del

lenguaje verbal y no verbal (gestos, expresiones faciales, el tacto) así como como por medio de un buen examen físico y por último de las ayudas diagnósticas.

La principal norma bioética de la medicina es el *Principio de Beneficencia*. La palabra beneficencia se deriva del latín *bene* (bien) y *facere* (hacer). El principio se relaciona con lo que el médico suele hacer con su paciente: curar la enfermedad, aliviar el dolor, consolar y comprender.

El rasgo de carácter que predispone al médico a hacer el bien es la virtud de la benevolencia (*bene*, bien y *volere*, querer). La benevolencia dispone al médico a hacer no solo un diagnóstico válido, sino a cumplir un objetivo personalizado, pues la enfermedad se comporta de una manera muy diferente en cada paciente. Este objetivo se relaciona, también, con el hecho de que el ser humano es *individuo*.

La benevolencia predispone al paciente a colaborar con el médico, confiando en lo que se propone y llegar a un diagnóstico certero. La labor de la benevolencia en el tratamiento es, en muchas ocasiones, determinante.

Otra cualidad que a lo largo de la historia de la medicina se ha ido perdiendo es la *veracidad*: en algunos casos se omite información como una forma de piedad y misericordia frente al otro. Actualmente es de suma importancia que el médico sea concluyente y evite guardar información al paciente sobre su condición actual. Es importante registrar el diagnóstico, tratamientos realizados, en qué momento se da, a quién, a quiénes y en qué lugar se dan en la historia clínica, así como la manera que se espera que el paciente lo reciba y lo interprete.

Las facetas o dimensiones de la relación médico-paciente, según Drane (2006), son:

1. Médica: relativa al diagnóstico y al tratamiento.
2. Espiritual: se expresa a través del lenguaje verbal característico de la especie humana, por medio del cual dos personas se comunican e intercambian creencias, gozos, dudas, incertidumbres, entre otros.

3. Volitiva: el paciente ejerce su derecho a decidir qué se va a hacer en cuanto a procedimientos diagnósticos y tratamientos terapéuticos, una vez que ha sido debidamente informado.
4. Afectiva: se desarrolla al aparecer en el médico y el paciente sentimientos de afinidad, simpatía o antipatía que puede llevar a la ruptura. La transferencia fue llamada por Freud el estado de la relación del médico con el paciente en el que este transfiere al médico el puesto de confianza que el padre tuvo, y así cree en el médico como creyó en su padre. Más adelante se ha entendido como contratransferencia, aquel estado de confianza absoluta que un paciente tiene en su médico.
5. Social: que tiene indudables implicaciones por el tipo de medicina que se puede hacer en cada caso.
6. Religiosa: en la que el médico puede involucrarse a solicitud del paciente cuando éste le pide asesoría en asuntos tales como dolor y muerte, ya que muchas veces le tiene más confianza a su guía espiritual. (Ayala, 1996)

El médico empieza su tratamiento cuando extiende la mano para saludar a su paciente, según un famoso clínico citado por Drane (2006). El diagnóstico y el tratamiento son actos interpersonales en los que hay una asociación con un mismo fin. Otros clínicos señalan que el médico mismo es la primera medicina que recibe el enfermo.

En la dimensión espiritual, es importante destacar que la ayuda requerida por el paciente no sólo se refiere al diagnóstico y a su tratamiento sino también a las inquietudes que surgen en cuanto al dolor, al sufrimiento y/o a la muerte. El paciente espera que el médico le aclare o lo guíe en dichas inquietudes. El médico que no habla con sus pacientes falla en este aspecto que es parte de su responsabilidad como profesional:

La amistad tiene un lugar importante en la historia de las ideas morales. Es anterior a la justicia. Los pueblos y los individuos practicaron el amor mucho tiempo antes de conocer el derecho. En el origen de la sociedad, la amistad existe sin la justicia, incluso le impide nacer, y cuando ha nacido entra en lucha con ella. Así de una manera indirecta y a la fuerza, prepara el advenimiento de la justicia. La justicia es, en efecto, la amistad generalizada. (Aristóteles, citado en Lledó, 2015, p. 111)

Paracelso (1493-1541) escribió hace poco más de 400 años que "los más sólidos fundamentos de la medicina son la compasión y el amor". La compasión, porque significa tener participación del dolor ajeno; el amor porque nos lleva a aprender el arte y la ciencia. Fuera de este no nace ningún médico. El amor hace al médico afable y cordial, virtudes que hacen crecer y fortalecer la confianza en el paciente. La confianza es otro componente terapéutico reconocido desde siempre. (Ayala, 1996)

Las enfermedades graves y la proximidad de la muerte enfrentan a los pacientes con la pregunta por *el más allá*. Sea por la proximidad, sea por el afecto que ha surgido, sea la confianza que se ha establecido, el personal de la salud es confidente y los pacientes recurren a ellos para plantear sus dudas. Esas preguntas, entonces, forman parte de la relación médico-paciente.

Existen tres modelos destacados en la relación médico-paciente: la actividad y pasividad, la cooperación y guía, y la participación.

El modelo de actividad y pasividad es el que sigue el médico cuando considera que el paciente cuenta con poca capacidad para entender y captar la información, por lo cual toma los datos clínicos pertinentes para el diagnóstico y elabora planes de estudio y tratamiento que el paciente sigue con humildad (Beauchamp, 2001). Este es un enfoque paternalista que se usó durante siglos desde Hipócrates hasta la primera mitad de este siglo y que aún se utiliza con los pacientes inconscientes, con los que no tienen familiares y con personas a quienes no se les reconoce redes de apoyo.

El modelo de cooperación y guía es aquel que se sigue cuando el paciente colabora en el interrogatorio y con el examen físico, proporcionando los elementos útiles al diagnóstico y transfiere al médico la decisión a seguir en cuanto al plan de estudios diagnósticos y subsecuentemente el tratamiento. Tiene amplio uso y difusión.

En el modelo de participación, la responsabilidad en todas las decisiones clínicas y terapéuticas es compartida. El paciente comparte con el médico la jerarquización de los problemas y de todas las resoluciones que se tomen ya sean en plan de estudios diagnósticos, como en la elección de las

opciones terapéuticas, una vez que ha sido debidamente informado en cada caso acerca de los pros y de los contras de las decisiones y tratamientos: “hasta el enfermo insalvable, en cuyo caso no se puede contar con un éxito de curación espectacular, debe convertirse en objeto de preocupación médica, por lo menos cuando existe una conciencia profesional médica madura, que marcha pareja con la comprensión filosófica de la esencia del logos” (Gadamer, 2001, p. 48).

Por lo tanto encontramos diferentes formas de relacionamiento en el ámbito asistencial, sobre todo a la hora de atender a un paciente, dicha relación es cambiante según sea la situación de este o el contexto en el cual se da el primer acercamiento. Independiente del tipo de relación que se da en la relación médico paciente, esta será mucho más estrecha y por lo tanto más beneficiosa para el paciente, si lleva un componente de amistad, que tiene un componente de afecto puro desinteresado y recíproco.

3. La relación médico-paciente y el paciente neurológico

Hasta aquí se han expuesto algunas ideas filosóficas del pensamiento occidental y su punto central se basa en el tributo a la perfección humana. La amistad requiere de solidez y de confianza. Uno sabe que cuenta con un amigo, cuando puede acudir a él a cualquier hora, cuando es aceptado por ser quién es y no por el papel que representa en la sociedad. Es evidente que se requieren amigos, pero en la sociedad actual no se concibe este vínculo con la seriedad que tradicionalmente se le ha atribuido.

Se chatea y se tienen “vínculos”, nos comunicamos, establecemos redes para tener la sensación de que somos socialmente relevantes. Tenemos “amigos online” que van y vienen, que aparecen y desaparecen, pero que siempre hay alguno en línea para ahogar nuestro silencio con mensajes. Es un ir y venir de mensajes, es solo la circulación del mensaje como tal, sin que importe su contenido; esta relación nada tiene que ver con la definición de la amistad, ni con las exigencias que acarrea este vínculo. Por mucho que hayan poderosas maquinarias de relaciones públicas tratando de convencernos de que las personas que coleccionamos en nuestros perfiles de redes sociales son verdaderos amigos, tenemos que empezar a cuestionarnos un poco más a nosotros mismos, dándole

el poder a la palabra cuyo significado se ha perdido y reconocer que lo que hoy llamamos “amigos” no son siquiera una versión creíble de nosotros mismos.

Llegarán los estudios que tratarán de convencernos de que redes sociales como Facebook, Instagram, Twitter, entre otros, son buenos para la salud, pero la amistad de carne y hueso es una cura para el alma y se compone de mucho más que un simple algoritmo capaz de calcular hasta la más mínima probabilidad de intereses. El utilitarismo no puede contener lo que nos define como humanos, como individuos que exigimos voluntad de sentido.

En la época actual se han dado cambios en la tecnología, en la organización de los servicios de salud y en su costo; los cuales han dado origen a la medicina tecnificada en el grado que se concibe un hospital sin médicos, pero no sin máquinas y una medicina comercializada; y ante esta situación la relación médico-paciente ya no es buena ni mala, simplemente dejó de existir. Con respecto a la tecnología, el filósofo Martin Heidegger manifestó:

...el desarrollo de la técnica se efectúa cada vez con mayor velocidad y no podrá ser detenido en parte alguna. En todas las regiones de la existencia el hombre está cada vez más estrechamente cercado por las fuerzas de los aparatos técnicos y de los autómatas. Los logros del mundo técnico son conocidos y públicamente admirados por el camino más rápido. Pero una cosa es haber leído u oído algo, y otra cosa es reconocerlo, es decir, pararse a pensarlo. Se admira incluso la audacia de la investigación científica y no se piensa nada al respecto. Lo verdaderamente inquietante, con todo, no es que el mundo se tecnifique enteramente. Mucho más inquietante es que el ser humano no esté preparado para esta transformación universal; que aún no logremos enfrentar meditativamente lo que propiamente se avecina en esta época. Para todos nosotros las instalaciones, aparatos y máquinas del mundo técnico son hoy indispensables. Dependemos de los objetos técnicos; nos desafían incluso a su constante perfeccionamiento. Sin darnos cuenta nos encontramos tan atados a los objetos técnicos que caemos en relación de dependencia con ellos. (Heidegger, 1997, p. 27)

Los acelerados progresos de la medicina han puesto al ser humano en una situación de incertidumbre. Al mismo tiempo se ha generado la necesidad de analizar esos avances y de evaluar sus consecuencias negativas y positivas sobre los individuos y las colectividades. Hoy en día, el trasplante de órganos, la reproducción humana, los pacientes en estado terminal, el aborto y el

SIDA, entre otros temas, hacen parte de las discusiones éticas médicas que buscan encontrar las repercusiones de los avances científicos en el desarrollo humano y médico. En consecuencia, en los años setenta surge la bioética como una disciplina que ha venido cuestionando precisamente esa pertinencia y alcance de cada hallazgo y avance científico en el campo de la medicina con fines de mejorar la calidad de vida.

Es necesario entonces que el médico tome cada vez más conciencia de en qué medida depende del diálogo y la colaboración de su paciente. Se necesita entender de una manera diferente la relación médico-paciente que sería de pasar de un modelo tradicional paternalista a un nuevo modelo de tipo deliberativo en el cual todas las partes sean informadas con respecto a sus derechos, con conocimiento veraz y completo de los riesgos y beneficios así como de la responsabilidad compartida y tengan la posibilidad de elección y otorgue su consentimiento voluntario (Schipperges, 1972).

Esta colectivización de la medicina actual ha acabado casi por completo con la concepción tradicional de la medicina como profesión liberal y con lo que hemos llamado un *rol sacerdotal* del médico. El ejercicio libre de la profesión es hoy casi imposible: el médico ha pasado a estar al servicio de las compañías de seguros o de grandes sistemas sanitarios. Ha dejado también de tener impunidad jurídica y cada vez es más frecuente que tenga que responder de su práctica profesional ante los tribunales. De hecho, las demandas judiciales de pacientes insatisfechos han crecido de forma exponencial en las últimas décadas precisamente cuando la formación científica de los médicos, su eficacia diagnóstica y terapéutica es muy superior a la de cualquier otra época anterior. El secreto médico se ha compartido entre los múltiples miembros del equipo sanitario que reciben información del paciente. En definitiva, la figura del médico ha dejado de estar socialmente privilegiada para pasar a ser la de un profesional más entre otros muchos (Cribb, 2005).

La medicina privada de los tiempos de nuestros abuelos y padres ha dejado de existir. Ahora es la medicina empresarial que aun no ha resuelto el problema de la asistencia médica de manera universal, ya que es inaccesible para la mayor parte de nuestra población. Por esto la antigua asistencia pública se ha transformado ahora en las diversas modalidades de medicina social.

Para apoyar a la medicina empresarial han surgido los seguros privados de salud, los cuales tampoco resuelven el problema, pues son caros y se otorgan con muchas cláusulas limitantes para su vinculación. Son un negocio más no un servicio. Los seguros privados de salud tienden a racionar la oferta de servicios, mientras que los sistemas sociales de salud tienden a racionar la demanda.

Paralelo a la industrialización de la medicina, aparece el fenómeno de la burocratización que ocurre en todos los ámbitos pero que en el campo de la medicina despierta mayor interés pues es allí donde se da el caso de la desintegración de la persona, es tomada como un objeto de una multiplicidad de datos y esto es tal que ahora el hombre es considerado un recurso humano.

Para un amplio segmento de la población general, la relación médico-paciente se está sustituyendo: el paciente no contrata los servicios de una persona profesional sino de una institución profesional. Se puede apreciar que el médico es mano de obra asalariada y los pacientes son colectivizados en un movimiento consumista (Costa-Alcaraz, 2011).

La relación médico-paciente es una relación humana que, como tal, está sujeta a cambios históricos. En los últimos 30 años, con el avance tecnológico, hay una ruptura de los vínculos sociales que también afecta esta relación. De la mano de la tecnología apareció un nuevo concepto llamado el *modelo médico hegemónico*. Este modelo ya había aparecido en los países desarrollados, el cual se globalizó y nos llegó a todos. En múltiples aspectos la tecnología médica significa un gran avance para la humanidad en ciertos aspectos como prolongación de la vida, nuevas maneras de nacer, mejora en la calidad de vida relacionada con la salud, etc, pero al mismo tiempo, esta tecnología médica alejó al médico del cuerpo del paciente y de su subjetividad, lo cual dio como resultado que cada vez se examina menos, se observa menos, se interroga poco y el tiempo de consulta por diversas razones se va acotando (Gorrita Pérez, 2008).

Algunas de las características de este modelo son la inducción al consumo, el mercantilismo, el individualismo y la falta de solidaridad. Se deteriora la escucha y la palabra. Vemos resonancias pero no dialogamos con nuestros pacientes; ellos asisten a la consulta solicitando estudios muchas veces inútiles y fármacos de dudosa indicación buscados por la Web. La medicina se mercantilizó,

la sociedad se medicalizó. Ahora las emociones se medican, se crearon nuevas enfermedades que favorecen las industrias de fármacos. Al mismo tiempo, sucede que los destinos de la medicina ya no los manejan los médicos sino aquellos administradores y gerentes que dirigen las empresas médicas y las instituciones. Es claro que la tecnología arrasó con la relación médico-paciente. Sin embargo, los métodos complementarios de diagnóstico son eso: complementarios. La conversación, la escucha y el examen físico son irremplazables (Hojat, Gonella, Nasca, & Mansiones, 2002).

Nos toca trabajar en serie, nos dividimos en especialidades, realizamos conductas repetitivas, tiempo controlado, en una línea de ensamblaje que no admite demoras ni revisión. La medicina se fragmentó; hay múltiples especialidades, lo que provoca desorientación en el paciente. Se supe calidad y tiempo por cantidad. Se convierten en estrategias de “supervivencia”.

En cuanto a la amistad que formamos con nuestros pacientes (la relación médico-paciente), decimos que se trata de una relación asimétrica, que se forma y moldea a partir de factores sociales y culturales, que se dan en un plano intelectual y moral, pero también afectivo y ético. Este lazo afectivo se puede denominar como una relación de amistad creada por el dolor, la compasión y el sufrimiento del otro.

Esta relación ha adoptado modalidades diferentes en las distintas épocas históricas según las condiciones socio-económicas y políticas existentes sin embargo, siempre se trata de una relación única en su base fundamental del encuentro ocasional de dos personas en función de lograr como objetivo común la salud del enfermo con vistas a la curación, el alivio y el apoyo en la enfermedad. Cuidar, escuchar, mediar, reír, llorar, rezar, son algunas experiencias, mínimas, con las cuales se puede mostrar el significado de la compasión en los ambientes clínicos. Igualmente existen otras situaciones más polémicas como pedir la muerte para alguien, entender no aceptar amputaciones así esto pueda salvar la vida del paciente, acompañar los sufrimientos y los deterioros. Nada de ello evita los desenlaces, solo hace que la vida sea más soportable, y con mucho más sentido (A van der Kolk, 1996).

Anteriormente, el deber del médico era hacer el bien y el deber del paciente era aceptar la conducta tomada, de ahí que se hubiese establecido la relación médico-paciente como una típica moral de beneficencia. El médico pretendía la restitución del orden natural por lo que debía imponérselo al “enfermo” pese a que él no estuviese de acuerdo. El médico era el soberano absoluto, en una postura ubicada entre el paternalismo de las relaciones familiares y la tiranía de las relaciones esclavistas. Este tipo de relaciones de la sociedad se mantuvo hasta los grandes cambios sociales de la Era Moderna, donde se abrieron paso conceptos como pluralismo, democracia, derechos humanos, civiles y políticos. No obstante, el médico estaba hecho para decidir y ordenar y el paciente para asumir y cumplir. Realmente podríamos ver los cambios de esta relación tan solo en el siglo pasado, donde los pacientes adquirieron conciencia como seres morales autónomos con libertad y responsabilidad para tomar parte en las decisiones con respecto a su salud; es una amistad enlazada en el beneficio, autonomía y justicia, pero en los últimos 30 años el concepto de autonomía es desplazado por el de beneficencia como el primero de los principios en la ética médica. Ahora esta relación es más abierta con tendencia a respetar más la dignidad humana.

Un factor a tener en cuenta es el de los pacientes con lesiones cerebrales o neurológicas producidas por traumas, drogas, trastornos metabólicos o circulatorios que puedan limitar la autonomía del paciente y dicho poder de decisión es tomado por la familia y/o por la pareja sentimental. Otra situación similar es la infancia o niñez, aunque en lo posible hay que contar con el niño y obtener su cooperación para cualquier procedimiento (Association C. M., 1995)

Casos como las demencia, la Enfermedad de Alzheimer, los trastornos psiquiátricos como neurosis, psicosis, etc., pueden evolucionar positivamente o ser reversibles y el paciente entonces recuperar la autonomía perdida.

Los especialistas en neurología, neurorehabilitación y área de salud mental, se encuentran con un reto y un desafío de magnitud creciente para la salud y la vida de la población. Las enfermedades neurológicas pueden provocar un alto grado de discapacidad, con una gran repercusión a nivel social, laboral y familiar. A los pacientes jóvenes con secuelas neurológicas les cuestan lograr un mejor desarrollo personal y alcanzar niveles de calidad de vida familiar, profesional y social más que al resto de la juventud e incluso algunos de ellos no logran estas metas; la esclerosis múltiple

sería un ejemplo en este tipo de población. Los ancianos se encuentran en la última etapa de su vida cuando podrían estar disfrutando de un merecido descanso, el cariño de sus familiares y el disfrute de la vida tras muchos años de trabajo y sacrificios. Ellos se ven afectados por un grado de deterioro a nivel motor y cognitivo; la enfermedad de Parkinson y la demencia tipo Alzheimer son los procesos neurodegenerativos más representativos en esta población.

Para muchos pacientes con una enfermedad neurológica crónica es esencial mantener una buena relación médico-paciente para llegar a una máxima recuperación funcional y adquirir la capacidad de adaptarse y hacerle frente a su discapacidad. Aspectos importantes de esta relación incluyen el estilo y la empatía del personal médico y del significado que puede tener la enfermedad neurológica para el paciente, familia y/o cuidadores. Por lo tanto, es importante que tanto el paciente como el médico entiendan qué es lo que quieren el uno del otro. Los pacientes que padecen una enfermedad neurológica o neurodegenerativa, experimentan una gran variedad de emociones negativas en el curso del aprendizaje para hacer frente a su enfermedad como lo es el miedo y la preocupación referente a su deterioro y además son expresados insistentemente por estos pacientes en las consultas médicas. Ellos deben adaptarse a la pérdida de su autonomía total o parcial, pero los invade un profundo sentimiento de un futuro incierto, luchan para adaptarse a una existencia alterada, tratando de creer que la nueva realidad es simplemente diferente y que la vida, a pesar de la enfermedad, todavía tiene un significado positivo. Esta adaptación depende en gran medida de la efectividad del tratamiento instaurado por el médico neurólogo en conjunto con el médico neurorehabilitador y el personal de salud mental.

La pérdida del control motor y el aislamiento del mundo exterior, llegan a ser los hechos más problemáticos de los pacientes neurológicos, lo cual genera una mayor necesidad de comprensión por el personal de salud, sus familias, amigos, fundaciones o de cualquier persona capaz de hacer sentir al paciente que pertenece a una comunidad, lo indispensable y productivo que puede llegar a hacer este en el círculo social.

No todos los médicos tienen la capacidad de comunicarse adecuadamente con los pacientes mediante las palabras y sentimientos apropiados, pero las personas con enfermedad neurológica crónica deben aprender a adaptarse y manejar lo mejor posible la patología padecida. Sin embargo,

hay pacientes con problemas de personalidad u otros trastornos psiquiátricos como la depresión que pueden aparecer bajo la presión de la enfermedad y requieren cuidados especiales. El equipo medico neurológico debe estar especialmente vigilante para identificar qué paciente pueden tener tener este riesgo. Uno de los acuerdos más satisfactorios que un neurólogo puede tener con sus paciente es que ellos se encuentre estimulados y dentro de un cuidadoso y definido plan de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Esto llega a formar parte de la educación del paciente, del proceso de estabilizacion y/o recuperacion de la enfermedad.

Los pacientes con lesiones neurologicas tienen su propia historia que contar; es vital para ellos el poder compartirla con su neurólogo, así como para los doctores escucharlas; estas historias, a fin de cuentas, tratan del coraje diario y del heroísmo de los pacientes y sus familias en el diario vivir. La enfermedad va dominando gradualmente sus vidas, por eso debemos ser un apoyo moral y brindarles nuestra amistad y acompañarlos en el trascurso de su padecimiento, brindandoles una mejor calidad de vida hasta donde sea posible.

La verdadera relación entre médico y paciente ha sido una práctica moral antigua constante en la historia de la Medicina, desde los tiempos de Hipócrates. Como médicos especialistas en neurologías, neurorehabilitación y salud mental, tenemos el deber de apoyar y guiar a nuestros pacientes basados en los cuatro principios de la bioética, respetar el derecho de cada paciente de decidir por sí mismo y sobre su enfermedad, los valores y las preferencias que tenga el como persona sintiente.

Una de las partes más importantes del proceso es dar toda la información que el paciente necesite sin ocultar nada. Y del mismo modo, si el paciente prefiere no conocer ciertas partes de la información, debemos seguir sus deseos. Tratar de no aumentar el problema con el que el paciente acude a la consulta, por eso se debe intentar estar al día sobre los tratamientos más efectivos y menos dolorosos; el objetivo es que el paciente no tenga que pasar por un sufrimiento innecesario. Por otro lado, el paciente no es un sujeto con el que experimentar, por lo tanto si el especialista no sabe aplicar el tratamiento que necesita, se remite a otro especialista y así promueve lo mejor para el. Se entiende que el especialista es el que ha estudiado y sabe lo que es mejor en cada momento.

El médico debe tener en cuenta los recursos de cada paciente (económicos, culturales, sociales) para actuar con base a ellos. Se trata de entender que no todos los pacientes son iguales y tratarlos de la misma manera sería injusto.

Conclusiones

Nos hemos ocupado en este texto de reflexionar sobre tres aspectos: un acercamiento histórico que centró su atención en la idea de la *philia* griega, esto es, el amor filial que se recupera para entender la relación con el paciente en términos de lo humano; el segundo de ellos tiene que ver con la relación médico-paciente desde el punto de vista de las características sociales que configuran dicha relación; y el último, la relación puntual del médico neurorrehabilitador con un paciente cuyas características demanda del profesional una actitud de “donación” para recuperar una dimensión humana que las lógicas de la modernidad muchas veces impide.

Para mejorar la relación clínica actual es necesario que los profesionales de la salud y especialmente los médicos se replanteen el objetivo principal de la profesión y es ayudar a la persona enferma. Al tener claro esto resulta necesario comprender mejor que toda vida humana es finita, que la enfermedad es la manera más frecuente de salir de la vida, que la medicina no es la enemiga de la muerte, es nuestra compañera día tras día y que la necesidad de los pacientes terminales es poder tener una muerte digna y para ello es necesario conocer al enfermo, su contexto, valores y proyectos. Se necesita mejorar las formas de comunicación e informar clara y oportunamente a pacientes y familiares sobre las expectativas reales más que sobre detalles de los análisis o de las técnicas posibles. Se debe promover la expresión de voluntades anticipadas a través de la comunicación intrafamiliar y con los médicos tratantes, así como también por medio de documentos formales firmados por las personas implicadas.

Cabe insistir en que las profesiones de la salud no son sólo una dedicación a la tecnociencia sino principalmente enfocados a la prevención y fomento de la salud junto con búsqueda de las mejores respuestas a la enfermedad y al sufrimiento. Por lo tanto en esta actividad se enfrentan situaciones complejas que plantean problemas clínicos y problemas éticos, por eso los profesionales

necesitamos asumirlos desde la excelencia profesional y desde la ética de la responsabilidad, de la confianza y de la virtud.

El médico y el equipo de salud son sometidos a cambios en su habitual forma de actuar. El paciente tiene ahora un mayor nivel cultural y conoce mejor sus derechos como ciudadano y como consumidor. Hoy en día la relación médico-paciente suele ser más compleja ya que se suma un nuevo integrante: los sistemas públicos y privados de salud. El paciente ya no es llamado paciente sino “usuario”. Esto hace que la relación se vea interferida y se convierta en una relación médico-institución-paciente. De este modo la relación clásica entre el médico y el paciente, ubicados frente a frente en la privacidad de un consultorio y creada con el único objetivo de recuperar la salud del enfermo, ha cambiado radicalmente y evoluciona de manera constante.

Los avances científicos abren nuevos interrogantes sobre la subjetividad futura del quehacer médico, que por ahora reflejan y confirman los anhelos ancestrales de nuestra humanidad como lo es en insistir en las principales cualidades que los pacientes esperan encontrar en sus médicos: que los escuchen y los comprendan, que se interesen por ellos como seres humanos, que tengan competencia profesional, que se mantengan razonablemente actualizados y que no los abandonen. A lo anterior se añade que en el presente se sigue ejerciendo en la mayoría de los países el modelo médico hegemónico como la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, validado tanto por criterios científicos como políticos.

Por lo anterior es fundamental crear lazos tan fuertes como la amistad, manifestada por un interés genuino en resolver los problemas del paciente a través de un trato amable y cortés; allí es donde el médico comienza a conocer al paciente, y al mismo tiempo el paciente se percata de la personalidad del médico y valora su educación, trato, meticulosidad, laboriosidad, aprecio y respeto por el como ser sintiente. Es un espacio donde no hay discriminaciones de raza, sexo, nivel intelectual, partido político o condición socioeconómica; solo existe un lugar en donde brindamos lo mejor de nosotros mismos tanto como personas y como médicos especialistas en neurorrehabilitación.

Bibliografía

- Aristóteles (1986). *Ética nicomaquea* (5 ed.). (A. G. Robledo, Trad.) México: Porrúa.
- Asis, S. F. (1931). *Introducción a la vida devota. Obras Selectas. Capítulo XIX.*
- Association, A. P. (2002). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders.*
- Association, C. M. (1995). *Canadian Medical Association. CMA. Code of Ethics.*
- A van der Kolk, B. (1996). Terapia de grupo en los trastornos por estrés postraumático. En H. &
- Ayala, M. (1996). *Persona y Bioética*. Recuperado el 2020, de Universidad de la Sabana:
<https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/582/1311>
- Beauchamp, T. L. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Chiu Navarro, V., Colas Acosta, M., Alonso Pardo, M., & Cossio Figueroa, N. (1999). Algunas reflexiones de la bioética en las ciencias médicas. *Rev Cubana Educ Med Sup* , 13 (1), 15-18.
- Cicerón, M. T. (1971). *De amicitia*. (G. Yebra, Trad.) Madrid: Gredos.
- Compendium*. Washington: American Psychiatric Association.
- Costa-Alcaraz, A. M. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista Clínica Española* , 211 (11), 581-586.
- Cribb, A. (2005). *Health and the Good Society: Setting Healthcare Ethics in Social Context.*
- Drane, J. F. (2006). *Cómo ser un buen médico*. Bogotá: San Pablo.
- Estrada, J. A. (1992). *La espiritualidad de los laicos*. Madrid: Cristiandad.
- Gadamer, H. (2001). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.
- González Menéndez, R. (2004). *La Psicología en el campo de la salud y la enfermedad*. La

Habana: Editorial Científico Técnico.

Gorrita Pérez, R. (2008). La relación médico-paciente en la sociedad actual: autonomía, integridad y consentimiento informado. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* , 14 (1), 12-21.

Gracia, D. (1998). Aspectos bioéticos de la medicina. En D. Gracia, *Bioética Clínica* (págs. 69-84). Bogotá: Editorial El.

Gracia, D. (1999). La práctica de la medicina. En A. Couceiro, *Bioética para clínicos* (págs. 95-108). España: Triacastela.

Heidegger, M. (1997). Serenidad. En M. Heidegger, *Filosofía, ciencia y técnica* (págs. 15-30).

Hojat, M., Gonella, J., Nasca, T., & Mansiones, M. (2002). Physician Empathy: definition components, measurement and the relationship to gender and specialty. *IS J Psychiatry* (159), 1563-1569.

Kant, I., & Rodríguez Aramayo, R. (1988). *Lecciones de ética*. Editorial Crítica.

Kaplan, *Terapia de grupo* (págs. 602-613). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Laín Entralgo, P. (2012). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Alicante: Biblioteca

McLean, A. (2017). *The Prognostications of Paracelsus*.

Lledó, E. (2015). *Memoria de la ética*. Madrid: Taurus. Oxford University Press.

Pardell, H. (2009). *El médico del futuro*. Barcelona: Fundación Educación Médica.

Platón. Banquete (págs. 13-128). Madrid: Gredos.

Raña Dafonte, C. (2012). Amistad y filosofía. *Revista Española de Filosofía Medieval* , 19 (59).

Rubin, G. e. (1981). The leather menace: Comments on politics and S/M. *Coming to power* , 194. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Schipperges, H. (1972). Historia universal de la medicina. En P. Laín Entralgo, *La medicina en*

la Edad Media latina (Vol. 3, págs. 181-241). Barcelona: Salvat.

Soares, L. (2009). Estudio preliminar: La erótica platónica en perspectiva. En C. Mársico,

Tomás, S. (1989). *Suma teológica*. (Á. M. al., Trad.) Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos.

Virtual Miguel de Cervantes.