

Universidad de Medellín

# La conversación en la relación terapéutica\*

**Claudia María Maya Franco\*\***

Recibido: 15 de mayo de 2012

Aprobado: 17 julio de 2012

## RESUMEN

Este texto se propone pensar la relación terapéutica a partir de una de sus características más importantes, y quizá, a su vez, más amenazada por las circunstancias en las que actualmente acontece: la conversación. Esta parece no encontrarse en un suelo propicio, cuando exigencias económicas y políticas, que muchas veces marchan en detrimento del restablecimiento de la

salud, constriñen y limitan su ejercicio. Vale la pena ocuparse de la conversación y de sus circunstancias en la relación médico-paciente, toda vez que constituye, no solo un aspecto de la misma sino parte determinante de la recuperación efectiva.

**Palabras clave:** diálogo, conversación, relación terapéutica, organizaciones.

\* Ensayo presentado durante la Maestría en Filosofía realizada en la Universidad de Antioquia (1999-2003). Reescrito para la revista *Ciencias Sociales y Educación*.

\*\* Licenciada en Filosofía y Letras UPB, magíster en Filosofía Universidad de Antioquia. Candidata a doctora en Filosofía UPB. Profesora de tiempo completo e investigadora de la Facultad de Comunicación, Universidad de Medellín. Correo electrónico: [cmaya@udem.edu.co](mailto:cmaya@udem.edu.co)

## Conversation in Therapeutic Relationship

### ABSTRACT

This article is intended to understand therapeutic relationship from one of its most important characteristics and maybe the feature more highly threatened by the circumstances at which it currently occurs: conversation. It is apparently occurring in an improper scenario in which economic and political demands most of the time go in detriment of health recovery, compelling

and limiting its exercise. It is worth treating conversation and its circumstances in a doctor-patient relationship, since it constitutes not only an aspect of the same but also a decisive part for reaching an effective recovery.

**Key words:** dialog; conversation; therapeutic relationship; organizations.

## Introducción

*El acceso al diálogo entre el médico y el paciente no representa una tarea fácil en el mundo moderno. El médico de familia, que era como un pariente cercano, ya no existe y la llamada "consulta" no se presta demasiado para una conversación. Durante su desarrollo, el médico no está libre, porque, en su consultorio siempre lo reclaman una conversación responsable con otro paciente o la atención requerida por un tratamiento. Por su parte, el paciente experimenta la influencia del ambiente opresivo de la sala de espera. De este modo, la aproximación entre el médico y el paciente se ha vuelto muy problemática, sobre todo si se concurre hoy a una clínica moderna.*

(GADAMER, 1996, p. 63)

La creciente especialización de los saberes -producto de la estrecha vinculación entre ciencia y técnica, así como de la finalidad prioritaria del rendimiento económico de las organizaciones- tiene su correlato en el hecho de que, por la vía de la crítica a la razón instrumental y a la distinción moderna entre teoría y praxis, los saberes especializados hayan incluido entre sus reflexiones una autocrítica radical. La postura crítica, que en la filosofía constituye una de las vertientes más prolíficas, ha sido asumida en general por las denominadas ciencias humanas. Pero también el pensamiento científico ha devenido autocrítica de sí mismo en la medida en que las oposiciones, provenientes de diversos ámbitos de lo social han implicado para la ciencia la necesidad de una legitimación.

A comienzos del siglo XX, el positivismo es puesto en crisis en virtud, entre otras consideraciones, de la relativa al papel del observador en la interpretación del objeto: relativización de los conceptos de espacio y tiempo -Einstein-; introducción del principio de incertidumbre -Heisenberg-; descubrimiento de las leyes del mundo subatómico (necesidad e imposibilidad de estudiar y someter a análisis lo inobservable o no susceptible de experiencia sensible) -Planck, Schrödinger-. El objeto, baluarte de las pretensiones de análisis y conocimiento científico, se evapora como realidad en la que fuese posible leer un significado escrito a priori y que aguarda su desciframiento. La naturaleza y sus objetos devienen producto del método que se les aplique. Lo que entra en crisis, en términos de Tomas Kuhn (1995), no es el paradigma de las ciencias sino el hecho mismo de que la ciencia sea *el* paradigma del conocimiento del mundo.

A la situación de incertidumbre brevemente aquí descrita, a esta pérdida, por parte de la ciencia, de la evidencia que le conferían el progreso técnico, los beneficios que de este podían esperarse, y su posición privilegiada, -de lente

inequívoco a través del cual la realidad revela su naturaleza— se suma la mirada de recelo que comienza a ser lanzada sobre sus *beneficios*, toda vez que estos, muchas veces, han acarreado consecuencias no tan benéficas, tales como el dominio y la explotación de la vida en todas sus dimensiones. La crítica de la ciencia, y de esa modalidad de razón denominada *razón instrumental* no se ha hecho esperar<sup>1</sup>. La ciencia ha sido relacionada con la barbarie, en la medida en que los avances técnico-científicos muchas veces, contrario a evitarla, la han favorecido o han sido su producto. Las dos guerras son claros ejemplos de este vínculo entre ciencia y barbarie, así como entre avances técnicos y científicos. Basta pensar en la Primera Guerra Mundial, en los fusiles de repetición, los periscopios, las trampas explosivas y los sistemas de comunicación. O, en la segunda, en la bomba atómica como proyecto industrial consciente, en los primeros misiles, en el vuelo supersónico, el transistor y, sobre todo, en la ciencia y la tecnología puestas al servicio de la imposición del fascismo a través del asesinato sistemático de millones de personas. Este vínculo entre ciencia y barbarie, del que se derivan radicales diferencias entre niveles de desarrollo, destrucción del medioambiente y creación deliberada de epidemias letales, entre otras, da lugar a una actitud de crítica proveniente de las ciencias humanas, pero también de autocrítica, en las ciencias naturales. El terreno abierto por la crítica al pensamiento científico y a su moderna vinculación con la tecnología ha hecho que comiencen a desdibujarse los límites aparentemente bien fundados entre los saberes especializados, y que la reflexión se produzca en la línea de la interdisciplinariedad y la transversalidad. Es en este sentido que la problemática planteada dentro del área de la salud no se restringe a los límites del saber médico sino que involucra una serie de factores que, a su vez, hacen converger diversos saberes.

Es esta convergencia la que permite que la filosofía participe de la reflexión que el saber médico hace sobre sí mismo. En el presente ensayo me propongo pensar uno de los aspectos de la práctica médica, a saber, el de la relación terapéutica. Mi reflexión estará más orientada a la filosofía que a la práctica médica y, sobre todo, a un aspecto que resulta fundamental a la hora de pensar la relación terapéutica, y que es tematizado por Gadamer en varias de sus obras, así como en su libro sobre la medicina (Gadamer, 1996, p. 141). Se trata de la *conversación*, cuya forma viva y efectiva es, según dicho autor, la forma del diálogo. ¿Qué tipo de conversación tiene lugar en la relación terapéutica? ¿Cuáles son los límites y las posibilidades de dicha conversación? ¿Posee el

---

<sup>1</sup> Del tipo de crítica que relaciona a la ciencia con un predominio de la razón instrumental, en tanto se orienta al dominio y a la explotación de la vida, son detentores notables los miembros de la Escuela de Fráncfort y, en particular, Theodor Adorno y Max Horkheimer. Es a esta perspectiva a la que haremos alusión en este texto. Una excelente recensión del trabajo filosófico de esta escuela puede encontrarse en el libro de Rolf Wiggerhaus (2011).

intercambio, tanto verbal como no verbal, una incidencia en la recuperación de la salud por parte del paciente? Finalmente, ¿las precarias condiciones bajo las que actualmente se administra la salud en un país como Colombia, permiten que la conversación médico paciente, fundamental en la restitución de la salud, sea posible? Son preguntas que me propongo pensar a partir de los planteamientos de Gadamer, así como de la experiencia que he tenido de ese tipo de conversaciones. Parto del presupuesto de que sobre una conversación, en tanto experiencia, puede pronunciarse cualquiera de los interlocutores, o, en términos de Gadamer: “Esta elección obedece a que estoy convencido de que nuestra conceptualidad nunca debería permanecer del todo separada de la experiencia que se sedimenta en el lenguaje y que se pone en evidencia en palabras naturales” (Gadamer, 1996, p. 141).

## I.

Doctor, se me hace agua la boca, lo masco pero no lo trago, de solo nombrarlo me produce náusea.

La experiencia de la que aquí se trata es la del tratamiento, la de la terapia. El paciente se acerca al médico en busca de obtener el remedio para un padecimiento cuya causa ignora, para iniciar un tratamiento que pueda devolverle la salud. El modo en que se desenvuelve esta conversación es crucial en relación con la recuperación del paciente, y debe permitir establecer su motivo de inquietud, las expectativas frente a su padecimiento, lo que espera del tratamiento. A su vez, el médico debe ser claro al explicar los síntomas, las posibilidades, los riesgos, lo que cabe esperar de los medicamentos y sus contradicciones, la duración de la enfermedad, los aspectos imprevisibles, los motivos de alerta y también los de tranquilidad. Deben evitarse las presiones del paciente y las posibles desviaciones del diagnóstico. Es el paciente quien, interrogado por sus síntomas, intenta poner en palabras una experiencia muchas veces mediatizada por el dolor y el temor, por los signos que parecen anunciar el sufrimiento, la exclusión, el cambio de vida no deseado o incluso la muerte. Aquí el paciente hace todo lo posible por hacerse entender, sabiendo de antemano que lo que así menciona, constituye el conjunto de datos a partir de los cuales el médico podrá orientarse. El paciente sabe que lo que se esfuerza por enunciar es de suma importancia (no debe confundir al médico) y, sin embargo, a pesar de los esfuerzos, el médico no asume en su literalidad las frases del paciente, sino que las somete, a partir de un conjunto de conceptos que constituyen su saber, a un proceso de interpretación que le permitirá traducir al lenguaje de la ciencia lo que el paciente expresa desde el padecimiento, la angustia, el desconocimiento e, incluso, en ocasiones, bajo la forma de anticipaciones o autodiagnósticos. Sobre el paciente recae, así, parte de la responsabilidad terapéutica. El médico

podrá confirmar o desechar algunas de las hipótesis sugeridas por la queja del paciente, mas no la realidad irrefutable del padecimiento frente al que deberá, de ser posible, comenzar un tratamiento que conduzca al restablecimiento de la salud. “De este tratamiento forma parte la conversación, la consulta, que representa el primer acto común entre el médico y el paciente –y también el último– y que puede suprimir la distancia entre ambos” (Gadamer, 1996, p. 142).

La conversación efectiva solo tiene lugar, para Gadamer, en el diálogo. Dialogar no es lo mismo que conversar: es posible sostener conversaciones sin estar realmente comprometido en ellas. Conversaciones con superiores, con personas a las que no se les tiene confianza o estimación, conversaciones en el tribunal de acusación, interrogatorios, en fin. Situaciones comunicativas en las que no existe un suelo común, porque se está en posición de inferioridad respecto del otro, o no se ha tendido un hilo de afinidad entre las partes no constituyen verdaderos diálogos. El diálogo es palabra viva, conversación efectiva, porque en él tiene lugar la espontaneidad de la pregunta y la respuesta, porque cada interpelación produce en el interlocutor un enunciado que va tejiendo un sentido y en donde el término del mismo es siempre aparente, pues todo diálogo verdadero es como una historia que tiende a su reactualización en un encuentro futuro. Esto último sintetiza el papel que Gadamer le concede a la interpretación, especialmente en lo relacionado con la construcción de un horizonte común entre los interlocutores, en este caso, entre el médico y su paciente.

La conversación terapéutica tiene lugar entre un ser humano que, en virtud de su padecimiento, el desconocimiento de las causas del mismo y las posibilidades de recuperación con las que cuenta, si bien comparte un suelo común, el de la enfermedad, la cura y la salud, no siempre está en posición de horizontalidad respecto del médico. El médico posee un saber, así como una serie de “ayudas diagnósticas”, a partir de los cuales puede interpretar el conjunto de síntomas que tiene enfrente: manchas, fluidos, alteraciones de temperatura, cambios de tonalidades y texturas, acompañados por resultados de laboratorio, imágenes que confirman –en la presencia de anomalías visibles solo para su ojo instruido– o desechan hipótesis. A partir de lo anterior –y en ocasiones, de una suerte de ensayo-error u operación de descarte: *ensayemos esto, y si no hay mejoría, hacemos otros exámenes*– elabora una interpretación conducente a la prescripción de un tratamiento con el que espera restablecer la salud. Se trata de un saber y de una posibilidad interpretativa, con las que no cuenta el paciente. El lugar del padecimiento distancia comunicativamente del lugar en que reside el saber del que pueda esperarse una eventual cura, cura que pasa, precisamente, por la pertinencia, exactitud y adecuación de dicho saber.

Del lado de la producción de enunciados, el paciente desconoce el lenguaje científico con el que el médico habrá de referirse a su enfermedad cuando discuta con sus colegas –lenguaje que difiere, con mucho, del que usa para referirse a él– y el médico deberá hacer un esfuerzo por traducir a datos que constituyan la posibilidad de un diagnóstico aquello que aparece en el habla de quien padece, desconoce la causa de su padecimiento y desea la recuperación; asimismo, un esfuerzo inverso –y sin embargo directamente proporcional a la gravedad del padecimiento– frente al paciente, para traducirle su condición a términos que se la hagan comprensible.

Nos encontramos con una situación en la que las condiciones del diálogo no están dadas y es improbable que puedan lograrse. En la relación terapéutica quizá no pueda pretenderse el diálogo sino, tan solo, la conversación. Incluso si se da el caso de que el paciente tenga una relación amistosa con su médico, el hecho de encontrarse en relación terapéutica, ya instala una distancia difícil de salvar por la vía de la palabra.

Muchas veces los pacientes se consideran a sí mismos, o son considerados por su médico, causantes de sus propios padecimientos, con lo que la distancia entre ambos se incrementa. Así, el fumador, el bohemio, el sedentario, el que no observa adecuados hábitos alimenticios, el que padece enfermedades de transmisión sexual o cáncer pueden llegar a objetivarse a sí mismos como el blanco de la crítica médica. Lo que en el habla popular se nombra como un *mal buscado* aparece en ocasiones como un *mal merecido* y aquí el merecimiento pasa, aunque no se lo enuncie, tanto por el médico como por el paciente. El merecimiento es culpa que permite señalar al paciente con el dedo y lanzar sobre este una mirada sancionatoria, la que merece el que no ama su vida, pues la pone en riesgo.

Una dificultad adicional, propia de nuestro sistema actual de salud y el carácter impersonal que lo caracteriza, consiste en que muchas veces se da el caso de que en el transcurso de un mismo tratamiento, el paciente debe visitar cada vez a un médico distinto, con lo que la relación terapéutica se hace casi imposible. La consulta, por otra parte, es cada vez más impersonal en la medida en que el médico no puede dedicar más que unos minutos a cada paciente, muchas veces los minutos de la remisión. Esto hace que cuando el tratamiento se inaugura y en razón de la gravedad de la enfermedad, las dificultades conversacionales aumenten. Es muy frecuente, y en este punto se trata de una falta de condiciones derivadas del sistema mismo de salud y su orientación a la productividad económica, que la posibilidad de la interacción nunca llegue a establecerse, y el paciente quede reducido a informaciones escasas, contradictorias y finalmente incomprensibles frente a las cuales desarrolle una actitud hermética.

¿Cómo restablecer la comunicación médico-paciente? Esta pregunta cobra importancia en la medida en que, como dice Gadamer: “En el terreno de la medicina, el diálogo no es una simple introducción al tratamiento ni una preparación para el mismo. Constituye, ya de por sí, parte del tratamiento y prepara una segunda parte de este que debe desembocar en la recuperación.” (Gadamer, 1996, p. 141) La conversación no solo es el modo en que fluye la palabra entre el paciente, que narra sus síntomas y el médico, que los interpreta y a su vez, debe hacerle comprensible a aquel aquello que padece. En esta relación, por la vía de la palabra, acontece ya lo terapéutico. La conversación terapéutica entre médico y paciente, a pesar de sus innegables dificultades, no debe ser soslayada pues hace parte del tratamiento y de la posible restitución de la salud. Es terapéutica en sí misma.

En consecuencia con estas dificultades pueden darse varias posibilidades. Que el médico transmita al paciente, en su lenguaje científico y al margen de la comprensión de este, es decir, *objetivamente*, su estado de salud. Que el médico intente traducir la científicidad y el rigor de su lenguaje a términos coloquiales para hacerse entender por su paciente. Por último, que el médico busque un justo medio y se convierta en algo así como un puente entre el padecimiento y sus síntomas, su explicación médica, y la competencia interpretativa de su paciente. En el primer caso, lo más probable es que el intento fracase, pues el paciente no entenderá sus términos, no sabrá luego comunicarlos a otros y en virtud de la dificultad de los mismos se extraviará en la relación con la enfermedad que padece.

En este punto se pone de manifiesto la importancia del diálogo y de la comunidad que este crea entre el paciente y el médico. No se trata precisamente de esa misteriosa jerga en la que los médicos intercambian, ocasionalmente, observaciones en el curso de un tratamiento. Comprendo las razones: no se quiere intranquilizar al indefenso paciente, pero tampoco se quiere renunciar al consejo de otros médicos. No obstante, siempre debe procederse con cautela, para que el tratamiento no desoriente al paciente y sí, en cambio, lo coloque en el camino de retorno a su vida diaria (Gadamer, 1996, p. 152).

En el segundo caso, la imprecisión de lo coloquial para referirse a lo científico conducirá a explicaciones que pueden no corresponderse con el real estado de salud del paciente, bien sea porque lo hagan aparecer como más grave de lo que es o como algo superfluo de lo que no cabe ocuparse mayormente, y en todo caso, habrá una inevitable tergiversación del estado de salud, sumada a la imposibilidad de su comprensión y, por lo mismo, a la imposibilidad de asumir una posición frente al mismo. El tercero implica gran esfuerzo, pero nos atrevemos a formular que es el más adecuado. Al no trivializar por la vía de lo coloquial el estado del paciente ni hacerlo inaccesible a sus posibilidades de comprensión, tiende a inaugurar un terreno en el que la conversación es posible. Es decir, el



paciente podrá también, así como lo hace el médico, intervenir en su enfermedad. Podrá hacer preguntas, aventurar hipótesis, atar cabos, hacer sugerencias. El paciente puede asumir una posición activa respecto de su enfermedad y no ser tan solo un ente que la padece. La conversación terapéutica es decisiva en la recuperación porque ella implica ya uno de los factores decisivos del hecho de recuperar la salud: volver a participar en la vida cotidiana, esta vida en la que está la posibilidad del diálogo que la enfermedad ha roto al desvincular al paciente del contacto con los otros.

Lo anterior está determinado por las características propias de la enfermedad, del estar enfermo y por la reclusión, que a veces implica, en centros hospitalarios o aún en el mismo domicilio. El enfermo se separa de los sanos, no solo por el riesgo del contagio sino por la situación de excepción que la enfermedad implica. Esta situación, en el ritmo de productividad que caracteriza a las sociedades modernas, es particularmente disgregante. Algo se rompe entre el paciente y sus vínculos sociales y este se ve abocado a la conversación en el difícil terreno que supone la relación terapéutica.

La salud depende de muchos factores y no representa un fin en sí misma. El fin es la reincorporación del paciente a su primitivo lugar dentro de la vida cotidiana. Esta es la recuperación completa y suele ir mucho más allá de la competencia del médico. Se sabe, a través de lo que hoy se denomina hospitalismo, lo difícil que puede resultar la reincorporación a la vida, aunque la enfermedad haya desaparecido. (Gadamer 1996, p. 145)

En atención a los factores que van más allá del desequilibrio físico, es de tener en cuenta la conversación en la relación terapéutica. Este tipo de conversación, que se encuentra amenazado por el ingreso de la práctica médica en las dinámicas de la velocidad, la productividad y la eficiencia, constituye, sin embargo, un factor decisivo cuya ausencia es manifiesta en algunas prácticas hospitalarias actuales: de un lado, el enfermo que apenas conoce a su médico y nunca puede cruzar con él una palabra sobre su estado, que debe someterse a tratamiento, incluso a intervenciones quirúrgicas sin saber cuál es el mal que padece; de otro lado, el médico, que tiene un tan grande número de pacientes a su cargo, que no logra saber siquiera sus nombres y debe identificarlos por medio de un número o de un código de barras, que por evadir las molestas preguntas del paciente o de sus familiares prefiere huir por un pasadizo poco frecuentado para evitar un encuentro indeseado al que no podrá dedicar el tiempo necesario, que, finalmente, por no saber de qué manera comunicarse con su paciente, entra con él en un furtivo cruce de palabras intentando no comprometer un juicio sobre su estado de salud.

Estas dificultades sustraen la práctica médica del carácter terapéutico de la conversación, alejándola por lo mismo del sentido humano que debería ca-

racterizar esa mediación entre la vida y la muerte y acercándola, de modo cada vez más definitivo, a una práctica meramente mercantilista.

## Conclusión

La puesta en cuestión de los saberes, otrora considerados infalibles, abre el espacio a disciplinas de las ciencias humanas, así como a la filosofía, desde los que se puede contribuir al ejercicio autocrítico que aparece como una necesidad, a la par que como una consecuencia de la crisis históricamente acaecida en la práctica de los mismos.

Desde este punto de vista, es posible observar críticamente la relación terapéutica en uno de sus elementos fundamentales, a saber, la conversación. Dicha observación permite ver que las condiciones mínimas del diálogo, horizontalidad, equilibrio en el orden de las competencias requeridas, posibilidad de dar un sentido similar a los términos que se utilizan, condiciones mínimas para su instauración están rotas. Es esta una consecuencia de dichas circunstancias de la interacción que, a su –en el sentido de adquirir densidad y peso– si lo ubicamos en el contexto de la mercantilización de la salud, del devenir empresa de las organizaciones que se ocupan de ella, convirtiendo en empleados a los médicos y en simples usuarios, que ya no en pacientes, a los enfermos.

La relación cara a cara, que es fundamental en todos los vínculos humanos, va siendo devorada por el devenir mercancía que tiende a abarcar toda práctica humana. Contribuyen también a este empobrecimiento de la relación médico-paciente, los avances tecnológicos, los mismos que en muchos casos favorecen el contacto entre seres alejados por una distancia física o la escritura entre quienes incluso se ven a diario, pero que pueden constituirse en una amenaza para otro tipo de relaciones entre las que se encuentra la terapéutica. Esto resulta relevante si se tiene en cuenta que la conversación médico-paciente posee, en sí misma, un valor terapéutico.

## Bibliografía

Bohórquez, F. El diálogo como mediador de la relación médico-paciente. En: *Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa* [en línea]. Vol.1, N.º1 (julio-diciembre de 2004). Disponible en Internet: <<http://revista.iered.org>>. ISSN 1794-8061

Contreras, R. (2004). El paradigma científico según Kuhn. Desarrollo de las ciencias. Del conocimiento artesanal hasta la ciencia normal. *Rev. VI Esc. Ven. de Qca.*, Diciembre, 2004. Disponible en: [http://webdelprofesor.ula.ve/ciencias/ricardo/PDF/Paradigma\\_Cientifico\\_según\\_Kuhn.pdf](http://webdelprofesor.ula.ve/ciencias/ricardo/PDF/Paradigma_Cientifico_según_Kuhn.pdf)

Gadamer, H. G. (1996). El tratamiento y la conversación. En: *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa.

Gadamer, H. G. (1991). *Verdad y método II*. Barcelona: Sígueme.

Kuhn, T. S. (1995) *Estructura de las revoluciones científicas*, México: Fondo de Cultura Económica.

Wiggerhaus, R. (2011), *La Escuela de Francfort*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. Universidad Autónoma Metropolitana.