

RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

Miguel Ayala Fuentes

Instituto Mexicano de Seguro Social
Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C.
Centro de Estudios e Investigaciones de Bioética.
II Diplomado en Medicina Familiar 1996

INTRODUCCIÓN

En un artículo publicado en el rotativo español El País, intitulado La Deshumanización en la Medicina, Rojas Marcos L., comenta: " En esta era de tecnología médica avanzada, de racionamiento, comercialización, y burocratización sanitaria, la sociedad espera que la Medicina armonice el Humanismo con la ciencia."(1)

Ese primer contacto cuando el paciente acude con el médico solicitando su asistencia para el alivio de una enfermedad, es el inicio de una cadena de actividades conocida como Relación Médico Paciente, que por su relevancia está representada en una escultura que se encuentra a la entrada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, y en la que está reproducida la imagen de un adulto maduro y vigoroso, que tiende la mano a un ser obviamente debilitado y semirecostado.

Se habla de esta relación, desde los tiempos de Hipócrates (2) hace cerca de 2500 años. Se comenta que con leves variaciones había permanecido idéntica desde entonces hasta la primera mitad de este siglo. De entonces acá, ha sufrido gran deterioro: El médico solía ser un integrante más de la familia. Era un ser de reconocida y probada moralidad. Junto con el sacerdote y el maestro de escuela, formaba parte del Consejo de la Familia como consultores de problemas médicos y no médicos. Ha ido desapareciendo la figura del médico de cabecera...

Se ha empequeñecido la figura del médico en favor de la de las instituciones. El médico en muchos casos se ha convertido en un técnico, de trato frío y lejano. Se tiene dificultad para encontrar médicos que hagan Medicina Integral. El especialista solo se responsabiliza de su segmento. En la atención integral no sólo falta la visión que controle todos los aparatos y sistemas, sino aquella otra que tenga en cuenta el aspecto espiritual de la persona con sus necesidades particulares. El médico que antes se encargaba del paciente hasta que curaba o moría... ha casi desaparecido. La mente del médico ha priorizado la adquisición del caudal científico y ha descuidado el fortalecer carácter y virtudes para establecer los tradicionales nexos cordiales que unían al paciente con él.

Se han introducido corruptelas en la conducta médica que muestran el alejamiento del paciente en los afectos de médico. Se desatienden llamadas nocturnas. Hay

ausentismo del médico los fines de semana. Se abandonan enfermos crónicos o terminales. Hay descortesía y frialdad en el trato. Se usan a los pacientes como punta de lanza o como arietes para conseguir aumentos de sueldo o prestaciones sindicales iniciando huelgas como cualquier sindicalizado.

Todos estos hechos tienen desde luego múltiples causas: (Entre otras)

- El médico tenía una formación básica de Médico General y práctica durante varios años de la misma, antes de acceder a una especialidad.
- La socialización de la Medicina.
- El descuido de la enseñanza de los valores humanísticos en las escuelas de Medicina especialmente en la importancia de la relación médico paciente, así como la disminución de maestros que encarnen en su vida dichos valores.
- El inmenso alud de conocimientos médicos que han aparecido, y que han hecho imperativo el desarrollo de especialidades para poder adquirir toda esa ciencia.
- El gran desarrollo tecnológico que ha traído aparatos y técnicas de diagnóstico cada vez más numerosos, que aunque son una ayuda indudable, han ido poniendo una barrera, intangible pero real, entre el médico y su paciente al confiar cada vez más en ellos que en la clínica tradicional equivocando el sitio en el que deben de quedar.
- Todo lo anterior sumado a la presencia en la profesión de médicos con falta de vocación ó con falta de formación humana que los han hecho caer en vicios y defectos propios de la debilidad humana, lo que ha contribuido a la actual crisis de credibilidad y desconfianza en el médico, y que éste haya tomado rumbos de actuación que indican que toma al paciente no como persona, sino como un objeto manipulable casi hasta el infinito (millones de abortos, cientos de miles de embriones sacrificados para conseguir embarazos por inseminación artificial, uso de embriones en experimentación, contribución al genocidio que significa el control natal artificial, etc.) que han llevado a la actual **deshumanización de la medicina.**

No es el tema de esta ponencia desglosar dichas causas y analizar lo bueno y lo negativo de ellas. Voy mas bien a referirme a:

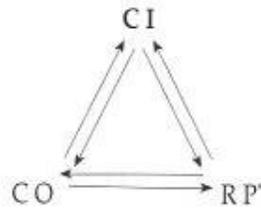
- 1) Los fundamentos de la relación médico - paciente.
- 2) Características de dicha relación.
- 3) Diferentes clases de relación.
- 4) Factores que la fortalecen.
- 5) Factores que la debilitan.

1) LOS FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

Las raíces más profundas en las que reside el tipo de trato que vamos a dar a los pacientes se encuentran en la **naturaleza de la dignidad de la persona**, que viene dada por estar hecha a **imagen y semejanza de Dios**, que no creó otro ser en el universo material, que tenga mayor dignidad(2).

La norma ética fundamental de la Medicina es el **principio de Beneficencia**. La quinta esencia de los actos médicos se refieren al diagnóstico y al tratamiento(4). Analizaremos el papel de la beneficencia en dichos procesos. Beneficencia viene del latín *bene*=bien, *facere*=hacer, que es lo que el médico suele hacer con su enfermo: curación de la enfermedad, alivio del dolor, consolar, etc. Es el principio guía del profesional médico. El rasgo de carácter que predispone al médico a hacer el bien, es la **virtud de la benevolencia** (de *bene*= bien, y *volere*=querer). Antes que el bien sea hecho, debe ser apetecido o querido. En el fondo y como raíz del bien obrar, está el querer el bien del paciente. La benevolencia predispone al médico a hacer no solo un diagnóstico objetivamente válido, sino uno objetivo personalizado, pues cada paciente recibe su enfermedad de manera tan peculiar, que eso tiene implicaciones también pronósticas. La benevolencia predispone al paciente a colaborar con el médico, confiando en lo que el propone hacer para llegar a diagnóstico. Es tan importante esa colaboración y esa confianza, que sin ellos algunas veces no se puede seguir adelante en esta fase. Tómese como ejemplo la endoscopia, que no se puede hacer con anestesia local sin la colaboración del paciente.

Podemos sintetizar los elementos de un diagnóstico médico integral en el esquema siguiente:



Donde CI señala el conjunto de causas de la enfermedad. (Internas: la constitución orgánica y la psíquica. Externas: un trauma, una infección bacteriana o viral, un veneno).

CO representa a la reacción orgánica ante las causas inmediatas. Es la reacción psíquica y somática determinada por la constitución del paciente. La somática está determinada por la edad, el sexo, la raza, el biotipo, el pasado biológico, la capacidad inmunológica, la hipersensibilidad, etc.

RP se refiere a la reacción como persona de cada ser humano, en la que influyen su carácter, creencias, experiencias anteriores, situación social, proyectos, etc.

El diagnóstico integral englobaría los factores mencionados, donde por su interacción saldría una vectorial producto de ello. Esta labor pertenece a la esencia de ser buen médico. Se equilibran en su ejercicio la competencia técnica y la benevolencia para dar como resultado la beneficencia. En valoraciones de la atención médica hecha en diferentes encuestas (5,6) a la hora de las prioridades, los pacientes ponen en primer lugar - como característica de mayor aprecio -, a la benevolencia, manifestada por la existencia o no de afabilidad, que etimológicamente viene del latín *ad fare* que significa hablar a, y que muchas veces lo tomamos como sinónimo de amable. Los pacientes en dichas encuestas se quejaban de una gran frustración porque los médicos no los dejaban hablar, no les permitían contar sus dolencias, eran constantemente interrumpidos y no obtenían respuestas a sus preguntas.

El papel de la **benevolencia** en el tratamiento, en muchas ocasiones es decisivo. Hay pacientes que se curan sólo con ver al médico. Otros, basta con que lleguen a la

* Tomado de Drane James F. *Cómo ser un buen médico* pp 51, a su vez tomado de Lain Entralgo, Pedro. *La relación médico enfermo*. Madrid. Alianza editorial, 1983.p 398.

sala de espera de la consulta de un médico al que le tienen absoluta confianza. En otras ocasiones en que se precisa la confianza para embarcarse en una empresa laboriosa de un procedimiento terapéutico, sea este de una enfermedad crónica, o el de una operación quirúrgica de alto riesgo, con un postoperatorio con un grado alto de dificultad en su recuperación, la esperanza que da la confianza, es un medicamento que actúa silenciosa y eficazmente a la hora del dolor, del desaliento por los azares de la evolución, y que muchas veces llega a ser la diferencia entre la vida y la muerte.

La **benevolencia** es pues parte del arsenal médico en el tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, y prepara también al médico a ejercer el papel allí donde en la medicina actual casi ha desaparecido: al lado del enfermo terminal especialmente cuando es moribundo. Es una virtud que aleja al médico de convertirse en un burócrata, solamente preocupado por responder a las cargas del trabajo en su horario. Este médico es el principal sembrador de inconformidades y frustraciones en los pacientes. Los ideales morales clásicos, siguen vigentes. Hay que trabajar duro para vivirlos.

Otra virtud que a lo largo de la historia de la Medicina, ha sido no solamente menospreciada, sino considerada perjudicial, es la **veracidad** (7). Muchos médicos pasados y presentes justifican la mentira a los pacientes porque es la forma en que ellos viven la piedad y la misericordia. A pesar de ello, existe ya en la actualidad, la opinión casi unánime de que no solamente el médico no necesita mentir, sino que es necesario que sea veraz. Esto ha llevado a una gran cantidad de médicos a sentirse autorizados para soltar a las primeras de cambio, como una brasa ardiente, un diagnóstico desfavorable. Sobre esto, no se ha hablado lo suficiente a nivel de la enseñanza de pregrado o de postgrado con la importancia que tiene. El decir la verdad es un verdadero arte que requiere sabiduría. El hablar sobre un pronóstico desfavorable debemos compararlo con la actitud que tomamos ante una medicina altamente peligrosa. Debemos aprender a dosificarlo. Saber el cómo, cuándo y con quién y aprender la forma de incitar al paciente a conocerlo, así como a fortalecer sus disposiciones internas para recibirlo. Es una labor donde el buen médico va adquiriendo con la experiencia, la maestría necesaria para que siempre la verdad conocida, beneficie al paciente. El mentir arruina la estabilidad, la identidad y la confianza que se puede tener en una persona. ¿Cómo se puede tener confianza en una persona que miente?. Debe recordarse que el paciente tiene derecho a saber la

verdad. El derecho del paciente, está por encima del derecho de la familia a intervenir para que la verdad no se sepa. También tiene derecho a que se respete su voluntad (6) y existe también su derecho a NO conocer la verdad que se debe respetar (7).

Aquí es donde debe crecer otra virtud importante del buen médico, que es la de la **Prudencia**, que le llevará a diferir con procedimientos evasivos el comunicarla, hasta que llegue el momento oportuno. Una parte de la veracidad, es reconocer, que es difícil adelantar pronósticos referentes al tiempo, en que una persona va a fallecer porque esto muchas veces es de lo más incierto, y así lo debemos de manifestar. Las peores formas de cáncer súbitamente se detienen y hay en cambio, infecciones banales que llegan a matar.

2) CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN

Es diferente a la del siervo con el amo. A la del tendero con el cliente. A la del marido con la mujer. A la del bombero con el auxiliado. A la del abogado con su cliente. A la del padre con el hijo, aunque ésta última ha sido la que más se ha asemejado a lo largo de los siglos, desde Hipócrates hasta la actualidad, pero más adelante diremos porqué está tendiendo a abandonarse.

En la actualidad podemos afirmar que en cierto modo es:

- Una relación de igual a igual.
- El encuentro de dos confianzas.
- El encuentro de dos responsabilidades.
- El encuentro de dos hermanos.
- El encuentro de dos amigos...

De igual a igual porque ambas son personas con iguales obligaciones e iguales derechos.

De dos confianzas, porque uno (el paciente), espera que el médico tenga los conocimientos adecuados y la sabiduría para conducirlo a la recuperación, si esta es factible. El médico por su parte espera que el paciente no le oculte ninguna información pertinente al diagnóstico.

De dos responsabilidades, porque el médico se obliga a proporcionar al paciente la atención oportuna y eficaz, en tanto que el enfermo se compromete a seguir fielmente las indicaciones del médico.

De dos hermanos, porque no hay más que una raza sobre la tierra: la de los hijos de Dios en la que todos somos hermanos (7' ").

De dos amigos, porque un verdadero amigo no escatima ningún esfuerzo a su alcance por el bienestar de su amigo. Profundizaremos en esto más adelante.

Las FACETAS o DIMENSIONES de la relación del médico con el paciente son según Drane (6) - seis:

La médica, relativa al diagnóstico y tratamiento.

La espiritual, que se expresa a través del lenguaje verbal característico de la especie humana por el que dos personas comunican e intercambian creencias, congojas, gozos, dudas, incertidumbres, etc.

La volitiva, en la que el paciente ejerce su derecho de decidir que se va a hacer en cuanto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos, una vez que ha sido debidamente informado.

La afectiva, que se desarrolla al aparecer en ambos protagonistas sentimientos de afinidad y simpatía (empatía que puede llevar a la transferencia), o antipatía y rechazo que lleva a la ruptura. La transferencia fue llamada por Freud a aquel estado de la relación del médico con el paciente, en 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 transferencia, aquel estado de confianza absoluta que un paciente tiene en su médico.

La social, que tiene indudables implicaciones por el tipo de medicina que se puede hacer en cada caso.

La 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 él que al sacerdote.

La dimensión médica, un buen diagnóstico conlleva el conocimiento del paciente como persona (Drane).

Un buen médico empieza el tratamiento cuando extiende la mano para saludar a su paciente, según un famoso clínico citado por Drane. El diagnóstico y el tratamiento son actos interpersonales en los que hay una asociación con un mismo fin. Otro clínico señala que "el médico mismo, es la primera medicina que recibe el enfermo."

En cuanto a la **dimensión espiritual,** cabe señalar que la ayuda que el paciente solicita del médico, no sólo se refiere al diagnóstico y al tratamiento. El paciente puede tener respecto de su enfermedad, numerosas dudas y espera que el médico las aclare. El médico que no habla con sus pacientes falla en esta dimensión que es parte de su responsabilidad profesional.

Referente a la **dimensión volitiva,** solamente señalaré que esta gobernada por el respeto recíproco a la libertad que tiene tanto el médico como el paciente, primero para escogerse mutuamente -derecho que sólo es respetado en la medicina privada, y cada uno el respeto a la libertad del otro en lo referente a las opciones de métodos diagnósticos y de tratamiento.

En cuanto a la **dimensión afectiva** es de notarse que es una de las más afectadas en la práctica moderna actual por las razones que ya hemos mencionado, pero somos testigos cómo es una faceta que aún vemos esmeradamente cuidada por algunos médicos. Dichos profesionistas han entendido o descubierto lo que Paracelso (1493-1541) descubrió hace poco más de 400 años: "Los más sólidos fundamentos de la Medicina son la Compasión y el Amor. La *Compasión*, porque significa participar del dolor ajeno. El Amor, porque nos hace aprender el arte y la ciencia. Fuera de él, no nace ningún médico. " El amor hace al médico afable y cordial, virtudes que hacen nacer la confianza en el paciente, que se fortalecerá cuando se acompaña de pericia en el diagnóstico y en el tratamiento. La *confianza* es otro ingrediente terapéutico reconocido desde siempre y sin ella fácilmente se llega a la ruptura de la relación al agrietarse toda la estructura espiritual.

Dimensión social. La situación del ejercicio de la Medicina en los siglos V y IV a.C., en la que la condición de esclavo o de libre marcaba el tipo de atención que se reci-

bía aún prevalece en nuestro México de finales del siglo XX. Es distinta la atención que se da a los ricos y a los pobres.

De estos últimos aún hay diferencias entre los que reciben atención por establecimientos del Estado, y aquellos adonde no llega dicha cobertura. Sería una gran injusticia no señalar que la Seguridad Social y la Estatal han rescatado docenas de millones de nuestros habitantes, para prodigarles atenciones de primer mundo, pero sería estar ciego, sino se señalaran las carencias que la crisis económica nacional ha impuesto en el suministro de dicha asistencia.

Por otra parte hay que señalar que aún entre la clase acomodada, el ingreso a un hospital acarrea un descontrol por el medio extraño al que se llega donde hay tantas novedades: encuentro con graves enfermos y aún con decesos que impactan al hospitalizado, personal conocidas en cada departamento, etc., etc. No se diga cuando falta el sentido humano en alguno del personal.

Dimensión religiosa. Las enfermedades graves y la proximidad de la muerte enfrentan a los pacientes con el problema del más allá. Sea por la proximidad, sea por el afecto que ha nacido, sea por la confianza que se ha establecido, son la enfermera y el médico los confidentes a quienes los pacientes recurren para plantear sus dudas. Las preguntas en tal sentido forman parte de la relación médico paciente. La religión personal del médico ayuda a dar el consejo adecuado a la necesidad de su paciente.

La **conclusión** de todas las disquisiciones anteriores, es que para ser un buen médico no basta sólo el dominio técnico de la enfermedad. Hace falta desarrollar cualidades personales para comprometerse plenamente con los pacientes no sólo desde el punto de vista biológico, sino integralmente desde el punto de vista psicológico y espiritual.

3) MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

Existen 3 modelos (Lavados y Serani *Ética Clínica* 1989, p.82. Ed. Univ. Catol. de Chile):

- A) Actividad & Pasividad.
- B) Cooperación & Guía
- C) Participación .

- A) El modelo de **Actividad & Pasividad** es el que sigue el médico cuando trata al paciente como ignorante y sin capacidad de entender. Toma los datos clínicos pertinentes para el diagnóstico y elabora planes de estudio y tratamiento que el paciente sigue con docilidad. 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 sin familiares, y con personas a quienes no se les reconoce ni cultura, ni capacidad de raciocinio. Es también usado por muchos pediatras y todos los veterinarios.
- B) El modelo de **Cooperación & Guía** es aquel que se sigue cuando el paciente colabora en el interrogatorio y en la exploración física, 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.
- C) 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 los contras. Se observa en sociedades con buen nivel cultural.

4) FACTORES QUE FORTALECEN UNA BUENA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

El fundamental es el AMOR, manifestado por un interés genuino en resolver los problemas del paciente a través de un trato amable y cortés, sin discriminaciones de raza, sexo, nivel intelectual, partido político, o condición socioeconómica, brindando a todos LO MEJOR DE NOSOTROS MISMOS...

El terreno inicial en que se manifiesta es en la elaboración de la historia clínica. Allí 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 al propio paciente.

5) FACTORES QUE DEBILITAN UNA BUENA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

El fundamental es la falta de amor por el paciente.

Tiene múltiples manifestaciones: Trato frío, cortante, brusco, arrogante, atropellante, mal educado, irresponsable, cuando no francamente agresivo.

La falta de virtudes humanas elementales por parte del médico, es una amenaza permanente para los enfermos:

- A) **Honestidad.** Su falta expone al paciente a ser robado.
- B) **Sobriedad.** La intemperancia lleva al médico al lujo y a todos los placeres que lo obligan a buscar ingresos económicos a como dé lugar, lo que lo convierte en un pirata con patente de corso, que lo lleva a la falta de honradez.
- C) **Sinceridad.** Difícilmente se puede tener confianza en un médico que miente. La relación muere en el instante en que el paciente se ve engañando.
- D) **Laboriosidad.** Un médico flojo jamás va a poner el esfuerzo ni el estudio necesarios para sacar un paciente adelante, porque para él, cada paciente no es una labor atractiva y hermosa, sino una carga pesada que hay que llevar.
- E) **Modestia.** El médico ampuloso apenas tiene tiempo para contemplarse en el espejo de su narcisismo, y se estima en tanto, que los demás son miserables admiradores de su grandeza. Como diría un rancharo: *"Ese no saca al buey de la barranca"*.
- F) **Sencillez.** El que carece de ella, es un vanidoso del que podemos decir lo mismo que el falto de modestia.
- G) **Generosidad.** El que carece de ella es un egoísta que no tiene lugar en la Medicina, pues el paciente espera ser atendido cuando tiene sus molestias, y eso no tiene horario. El médico ha de interrumpir muchas veces su sueño, sus comidas, su legítimo recreo y descanso y a eso no está dispuesto el egoísta.
- H) **Orden.** El médico que carece de estas virtudes incapaz de jerarquizar prioridades y difícilmente puede dar una atención eficaz. No sabe dónde situar su trabajo,

su descanso, su familia, enfermos graves de enfermos no graves. No sabe cómo ordenar v.gr.: el lugar en que deben estar los siguientes 3 conceptos básicos: Los demás, yo y Dios. Hace de todo un embrollo difícil de definir.

- I) **Responsabilidad.** No por tener este lugar es menos importante. Seguramente que está a la altura de las mas importantes virtudes. Su carencia le niega al Médico el derecho de ejercer. Es esta virtud la que impulsa a cada médico a actualizarse científicamente para ejercer la profesión con la debida idoneidad y es la virtud en que descansan los pacientes pues saben que si el médico la tiene, hará todo lo humanamente posible para sacarlo adelante. Es la que hace al internista y al cirujano pasar visita a sus enfermos graves dos veces al día. La que hace estudiar a cada médico el caso hasta encontrar el diagnóstico y la mejor opción de tratamiento.
- J) La **castidad** es la condición sin la cual un médico no puede ser digno de confianza. Un médico que aproveche la vulnerabilidad e indefensión de un enfermo que inocente y confiadamente se pone en sus manos, es un canalla y un villano al que se le debe retirar la licencia de ejercer.

CONCLUSIONES

- 1) Debemos pugnar por alcanzar una óptima relación M&P, ya que el producto de ella será la **confianza**, la cual se añadirá al armamentario terapéutico en beneficio de mejores perspectivas de curación.
- 2) Es tan importante el ingrediente de la **confianza**, que la falta de ella, puede ser causa de ruptura de dicha relación.
- 3) Establecida una buena relación, el médico se compromete a:
 - A. RESPETAR:
 - Las convicciones,
 - La integridad,
 - El cuerpo del paciente.

- B. GARANTIZAR la continuidad de sus servicios.
- C. INFORMAR lo necesario para que se tomen las decisiones pertinentes al diagnóstico y al tratamiento.
- D. COMUNICAR al paciente la verdad con circunspección, delicadeza y prudencia.
- E. OTORGAR siempre un trato personal digno y las constancias de enfermedad o salud pertinentes.
- F. RECORDAR CON HUMILDAD LAS LIMITACIONES DEL EJERCICIO MÉDICO, teniendo en la mente aquellos viejos refranes alusivos que dicen:

**“ El médico si puede curar, cura.
Si no puede curar, al menos alivia el dolor.
Si no puede ni una ni otra cosa, siempre, consuela.”**

Y el otro:

“ El médico puede curar todas las enfermedades menos la última”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas Marcos L. *“La Deshumanización en la Medicina”*, El PAIS (rotativo español: 11-06-92, p. 12. Citado por Antonio Gorrigoñi, En su artículo bioético: Elementos para la intervención psicosocial. Aparecido en cuadernos de Bioética, no. 15, 1993.
2. Drane James F. *Cómo ser un buen médico*. Colección ética, edit San Pablo, Colombia.
(2) pp 35 Rel M&P desde Hipócrates.
(4) pp 47 principio de Beneficiencia.
(7) pp 70 virtud de veracidad.
(8) pp 38 facetas de la relación M&P.
3. Polaino Llorente Aquilino. *Manual de bioética general*. Dignidad de la Persona, pp. 61 2^a. E.d, 1994, edit. RIALP, España.

4. Harris Low y cols, Cohn Víctor. "Encuesta a los Pacientes sobre su satisfacción con los médicos", Washington Post y en el Harris Burg Patriot, Abril 30, 1985. USA.
5. Beckman Howard M.D. Wayne State University Medical School. USA. Citados por James F. Drane en su libro: *Cómo ser un buen médico*.
6. López Azpitarte E. *El derecho del enfermo a la verdad*. Jano 17-22 Nov 1986, vol 31 no 751 51-56, citado por Carlos Centeno Cortés en su artículo *¿ Es beneficioso descubrir el diagnóstico en fase terminal? ¿ Cuál debe ser la actitud del médico?* Cuadernos de bioética, 1993 3Bi pp. 27.
7. Sáenz Ortíz J. *Conocimiento de la verdad en el paciente terminal*. Med Clin 1988. 90: 538-539, citado por Carlos Centeno Cortés en el artículo mencionado en la referencia anterior.
8. Escrivá de Balaguer, Josemaría. *Es Cristo que pasa*. p.p.47 Editorial, de Revistas de México 1990.