



# La simbiosis paciente – médico... un reto en la búsqueda de la salud

Olivia Magdalena Chávez Grimaldi

PhD. Doctora en Ciencias Médicas, Universidad de Carabobo. Médico Internista egresada de la Universidad de Carabobo “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera de Valencia” (C.H.E.T) Intensivista egresada de la Universidad Central de Venezuela “Hospital Miguel Pérez Carreño”. Magister en Investigación. Post Grado en Docencia para la Educación Superior. Profesor Asociado en la Cátedra de Clínica Médica. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. [om.chavezgrimaldi@gmail.com](mailto:om.chavezgrimaldi@gmail.com)

---

## RESUMEN

Con la finalidad de analizar el concepto de la relación médico - paciente bajo un enfoque amplio que implique la integración del binomio paciente- médico, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en donde se plantean los criterios fundamentales para definir esta relación durante el acto médico. Se hace énfasis en la necesidad de que el especialista tenga un alto conocimiento científico-humanístico que le permita una mayor sensibilización, con una formación de excelencia que incluya en sus ejes curriculares la educación en valores, el respeto, solidaridad, honestidad compromiso y responsabilidad hacia la persona enferma lo cual debe prevalecer para poder alcanzar una relación médico-paciente efectiva que conduzca a resultados positivos en la búsqueda de un acertado diagnóstico clínico y un adecuado tratamiento médico facilitando así la recuperación de la salud integral del enfermo. Se revisan las diferentes etapas en la consulta médica dentro de unas bases sólidas desde el punto de vista humanístico, científico y tecnológico, con primordial énfasis en la necesidad de sustentar el respeto de la persona enferma a partir del fortalecimiento y garantía de una formación de excelencia del médico que egresa de las universidades garantizando así el ejercicio digno de la Medicina de hoy.

**Palabras Clave:** Relación Médico – Paciente.

## Symbiosis patient - doctor ... A challenge in the pursuit of health

### ABSTRACT

---

In order to analyze the concept of the doctor - patient relationship under a broad approach involving the integration of the binomial patient- physician, it was carried out a literature review where the fundamental criteria raised to define this relationship during the medical procedure. The emphasis is on the need for the specialist has a high scientific and humanistic knowledge that will enable greater awareness, with excellent training that includes in its curriculum axes values education, respect, solidarity, honesty, commitment and responsibility towards the sick person which must prevail in order to achieve effective doctor-patient leading to positive results in the search for a successful relationship clinical diagnosis and proper medical treatment and facilitating the recovery of the overall health of the patient. The different stages are reviewed in medical practice within solid foundations from the point of humanistic, scientific and technological, with primary emphasis on the need to sustain respect for the sick person from strengthening and ensuring excellent training the doctor who graduated from universities ensuring decent practice of medicine today.

**Key words:** Doctor - Patient Relationship.

### **La simbiosis paciente - médico...un reto en la búsqueda de la salud**

A lo largo del ejercicio médico se requiere sin duda alguna, una sólida formación clínica y ética que permita establecer los elementos científicos y tecnológicos necesarios en la toma de decisiones importantes dentro de la atención del paciente, utilizando así el máximo de conocimientos en beneficio del enfermo. (Burbinski, 1999).

El Acto Médico, desde épocas hipocráticas constituye, en esencia, una acción galénica con intención benéfica en la cual, el médico orienta su dinámica de acción hacia una persona que lo solicita o requiere de su ayuda. Se genera entonces una simbiosis paciente- médico lo que se conoce dentro del ejercicio profesional del médico como “Relación Médico-Paciente”, es evidente que la sola presencia de

una buena relación médico-paciente y/o familiar, explica más del 50% de los éxitos terapéuticos clínicos. (Carrera, 2006).

El acto médico se reconoce porque a través de la relación emocional médico-paciente el profesional ataca ambas caras del problema, la enfermedad y la dolencia, el mal y el sufrimiento; y al manejar la dolencia logra que aquél, ya emocionalmente vinculado, lo apoye en su lucha contra la enfermedad y se adhiera a las indicaciones terapéuticas. (Beauchamp & Childress, 1994; Borroto & Aneiros, 1996).

En este sentido, es importante tomar en cuenta que cada ser humano es un universo distinto de planes, sueños, aspiraciones y metas, que cada persona es distinta en sus anhelos y preocupaciones. Cada una de ellas, además de su realidad ontológica como sujeto perteneciente a la especie humana, tiene entonces -producto de sus propias circunstancias

y decisiones personales- roles y responsabilidades distintas. Cada uno percibe y se relaciona con su medio de manera diversa.

En tal sentido, este universo de realidades humanas se presenta a la consideración del médico y cuando un sujeto consulta por alguna dolencia es todo este mundo diverso el que consulta. Es un individuo que no sólo tiene una determinada estructura física -que funciona adecuadamente o no-, a quien no sólo le corresponde determinar su futuro guiado por su razón, sino también es un individuo personal que es padre, madre, hermano e hijo. Tiene una actividad o profesión, tiene responsabilidades, planes, temores y preocupaciones; tiene experiencias, creencias, opiniones y certezas. Proviene de una determinada cultura con la cual se identifica. (Cesarman, 1998; Corona, 2010).

El paciente estará por tanto, dispuesto a someterse a ciertas acciones médicas y no a otras, porque tiene ya formada una opinión o certeza de lo que es bueno o malo para su proyecto de vida. Y es a toda esta compleja realidad a la que el médico se enfrenta, para lograr restablecer ese equilibrio que percibimos como salud.

Además, cada patología es vivida de distinta manera entre un individuo y otro, dependiendo de sus características, vivencias, creencias, situaciones, perspectivas o planes personales. Cada opción terapéutica, entonces, será considerada tomando en cuenta estos aspectos. El médico podrá captar todo ese universo existente en un paciente, y luego considerar una intervención que represente su curación o el mejor manejo terapéutico de su enfermedad.

Para ello será necesario que escuche al paciente y logre el clima de confianza necesario, de modo que el enfermo pueda explicarle todo aquello que le acontece al momento de la consulta. Es en este momento donde cobra sentido el llamado principio de respeto por la autonomía del paciente, que no debe entenderse

como que el médico deba ser el ejecutante técnico de los deseos del consultante, sino como la única manera que el médico tiene para conocer a cabalidad cuál será su actitud para el mejor beneficio del paciente.

La comunicación, saber escuchar, es por tanto una de las principales acciones que requiere desarrollar el médicos para una eficiente relación médico-paciente, en ocasiones si el médico no se dio tiempo para escuchar, un pequeño detalle de la conversación puede, incluso, llevar a un error en el diagnóstico de las enfermedades que en ese momento presenta el enfermo. (Hojat, Gonella, Nasca & Mansiones, 2002; Lain, 1964; Lain, 1990).

Cabe destacar que durante las clases de pregrado en Semiología, Clínicas Médicas y Quirúrgicas, se explica con detalles las técnicas más adecuadas para llevar a cabo un buen interrogatorio dirigido, con las preguntas y el glosario médico respectivo, lo cual sin lugar a dudas es relevante para el desarrollo de una buena historia clínica y el planteamiento de un acertado diagnóstico clínico. Sin embargo, se hace necesario dedicar un mayor espacio a las técnicas o habilidades comunicacionales en el estudiante de medicina que egresa de las universidades, haciendo énfasis en la importancia que tiene la habilidad de “saber escuchar” la cual es más difícil de encontrar y desarrollar que la de ser “buen comunicador”. En tal sentido, al ser un buen comunicador, pero sin saber escuchar, se corre el riesgo de expresar en forma elocuente cosas que en un momento dado puedan no ser la prioridad en ese momento para el paciente, además ello pudiera privar en algunos casos, la posibilidad de recibir información de gran interés para el juicio clínico. (Nina, 2004; Philippa, Gómez; Kurtz & Vargas, 2010; Sallerasa, Beltranb & Prat, 1994; Sox, Morgan, Neufeld, Sheldon & Tonesk, 1983; Stewart, Brown, Galajda, Meredith & Sanssters, 1999).

Sin duda, se considera con frecuencia que escuchar es importante, pero, ¿cuántos lo hacen bien?, es ésta, sin lugar a dudas, la aptitud que determina el manejo en una adecuada comunicación y simbiosis médico -paciente, lo que posibilita comprender al enfermo, en lo que se incluye percibir sus sentimientos y perspectivas, e interesarse activamente por sus preocupaciones, es lo que se llama empatía, el lograr demostrar que se está entendiendo, colocándose en su lugar sin minimizar sus molestias y respetando su autenticidad y sus valores con la serenidad y tranquilidad necesaria para ofrecerle la atención necesaria en las mejores condiciones posibles.

Se hace necesario por tanto, desde la perspectiva de la persona del médico y de la necesidad imperiosa que exige la sociedad actualmente, desarrollar en los médicos que egresan de las universidades las llamadas “*competencias blandas*”, de tanta importancia como las teóricas, y que se traducen en el componente valórico y ético que le permita al profesional decidir y actuar con independencia, establecer la empatía necesaria que facilite la confianza y así mismo desarrollar las habilidades comunicacionales necesarias que facilitarán su ejercicio profesional y es que la mejor tecnología disponible dentro del ejercicio médico sigue siendo la comunicación médico -paciente... Decía muy sabiamente Strech “Tan necesario es preguntar con acierto como saber escuchar con tranquilidad”... (Lavados, & Serani, 1993; Taboada, 1998; Menéndez, 2005).

En este sentido, el concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a un nuevo planteamiento que se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, considerándose la comunicación con el paciente

como el factor decisivo para asegurar dicha satisfacción y es que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente. (Maglio, 2012).

Cabe destacar que desde los filósofos de la antigüedad hasta la actualidad, el énfasis principal de la formación sobre la comunicación se ha centrado en la escritura y en la oratoria. Aristóteles definió el estudio de la retórica (comunicación) como la búsqueda de “todos los medios de persuasión que tenemos a nuestro alcance”. Keith Davis se lamenta de que el énfasis que se hace en el arte de escuchar es una modalidad reciente y que el primer libro editado, dedicado totalmente al arte de escuchar se publicó en 1957 mientras que, anteriormente y después, se han escrito cientos de libros sobre la forma de hablar. (Beaumier, Bordoge, & Turgeon, 1992; Muños, 2000; Ruiz & Epstein, 2003).

Se ha demostrado sin duda que altos niveles de adherencia al tratamiento están asociados sólo con aquellos modelos de comunicación que toman en consideración las actitudes, las creencias y las preferencias de los pacientes permitiendo así un proceso de negociación con un mayor acuerdo y comprensión.

Se reconoce en la literatura el impacto que produce la competencia en habilidades de comunicación efectiva en la capacidad diagnóstica y la toma de decisiones en el médico así como la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Si se fortalecen las habilidades de comunicación dentro del ejercicio médico, podemos lograr mejores resultados clínicos en términos de la satisfacción del paciente y del médico, lo cual se registra en una mayor adherencia a los planes de tratamiento por parte del paciente y por tanto al alivio de sus síntomas. De esta manera se logrará el mejor beneficio del paciente respetando siempre su dignidad y autonomía.

En toda Medicina, en el contexto greco-latino, judeo-cristiano, oriental, latinoamericano y/o africano, el acto médico es un acto moral, entre dos personas libres que consienten en otorgar una su confianza a otra que ofrece la esperanza de recuperarle la salud, o al menos auxilio y consuelo, comprometiéndose ésta con el enfermo a intentar ayudarla del mejor modo posible. Es un acto de naturaleza personal, bilateral, moral, con clara consciencia ética. Supone la relación entre enfermo, que busca sanar, y médico que ha jurado procurar que los hombres y mujeres puedan vivir mejor y por el mayor tiempo posible.

Es claro que el acto médico debe cumplir con las normas jurídicas vigentes y con lo que espera la comunidad del Médico, pero va más allá, es horizonte de esperanza, entendido como una decisión ética de esperanza, que permite el negociar entre el médico y el paciente para lograr lo mejor. Todos, enfermo y médico, participarán para buscar la felicidad, plenitud y superar así el sufrimiento y angustia que genera la enfermedad.

La identidad del acto médico integra un conocimiento serio y profundo de valores, principios y responsabilidades, con una actitud preventiva orientada a la persona enferma, sin perder de vista la integridad y complejidad del ser humano, sino más bien de mantener un amplio sentido de la realidad y del reconocimiento de nuestras propias limitaciones frente a las diversas patologías. (Castillo, 1987; Castillo, 1990).

Por ello, es de primordial importancia el sistema y la política de las Instituciones Médicas, así como también el rol protagónico de las Universidades en su misión de formar médicos con el más alto nivel de calidad posible, ya que la formación insuficiente y precaria de los galenos generará inevitablemente mayores posibilidades de eventos adversos dentro del ejercicio

profesional. (Fletcher, 1995; García, 2001; Gervasa & Ortun, 1995; Greenhalgh, 1999).

Los Médicos tienen sin duda alguna un rol protagónico en el mantenimiento irrestricto del respeto a los derechos de la persona humana enferma, sumándose al fortalecimiento de la ética, garantizando la idoneidad de la formación médica y la mayor excelencia en la atención de la salud. El Médico de hoy está llamado a ser el protagonista en la orientación y defensa del pensamiento, la filosofía y los valores dentro de su actividad profesional, manteniendo el ejercicio digno de la Medicina y el valor del Acto Médico.

Bajo este contexto deberían estar dirigidas las acciones de todas aquellas organizaciones actuales de índole ético-asistenciales, sociales y jurídicas que velan y observan el buen cumplimiento de los principios que rigen todo acto médico. (Cuevas, Ávila, Oliver, Sumano, Palomares, & Garduño, 1991; Feinstein, 1997).

El Médico tiene una representación social y reconocimiento general, de modo que todo médico es imagen con prestigio, con moral y ética, pero más allá de todo eso, es una figura fundamental en el acto médico, genera una acción interpersonal con su paciente donde la moral supera todo conocimiento técnico, y es que esta simbiosis es verdaderamente un arte, que al igual que la pintura, la escultura o la música se sirve de la intuición, está dirigida a lo individual y posee siempre una "carga emotiva" dada porque el objeto y sujeto del conocimiento son seres humanos, ya que no se enferma el cuerpo, la célula o el tejido sino el hombre, el ser humano. (González, 1984; Lama, 1998).

La relación médico-paciente es un arte en el sentido más general de la palabra, ya que implica un conjunto de reglas y preceptos para hacerlo bien, y si lo aceptamos así, entonces esta relación del médico con su paciente, dentro de la práctica clínica, tiene definitivamente un

gran contenido de arte, ya que no sólo exige del médico conocimientos científicos, sino también sistematicidad, habilidad, talento, inteligencia, tolerancia, humanidad, empatía, don... y es que cuando un médico se aproxima a un enfermo con verdadero profesionalismo, al par que aplica sus conocimientos científicos para conocer la naturaleza del proceso morbo, utiliza reglas y preceptos que son condiciones del arte en una simbiosis tan íntima como la del oxígeno e hidrógeno en la molécula del agua, decía Benjamín Loewenberg, que durante la atención individual al enfermo se requiere de un diplomático y del tacto de un confesor. (Lavados & Serani, 1993).

De esta manera, al realizar la consulta médica con el paciente se llevan a cabo varias etapas durante el desarrollo de la misma que vale la pena considerar y revisar para reafirmar lo antes señalado. ((Moreno, 2010; Navas, Moiso, & Argemi, 1998; Torio & García, 1997).

Recepción. Esta etapa, alcanza una extraordinaria significación, si se tiene en cuenta la angustia e inseguridad con la cual acude el paciente a este primer encuentro. Por lo que en este primer momento la meta va dirigida a lograr una mayor comodidad del paciente, eliminando barreras y transmitiendo confianza a través de los gestos, la actitud e incluso la imagen.

Identificación. La toma de los datos de identidad conducida hábilmente permite conocer elementos muy útiles sobre la personalidad del paciente y características sociodemográficas.

Interrogatorio. Esta es la etapa más importante de la consulta. El interrogatorio constituye uno de los aspectos más difíciles de la entrevista médica y el que requiere más tiempo, capacidad y dedicación. Inicialmente el paciente expresará libremente su sintomatología y en una segunda parte ya corresponde al médico precisar las características de cada síntoma y ordenarlos

cronológicamente. Es importante señalar la importancia de conocer el momento adecuado para tomar notas necesarias y llevar a cabo la historia clínica, ya que en esta etapa del interrogatorio el lenguaje no verbal como lo es el contacto ocular, la expresión del rostro, actitud corporal e incluso el tono de voz son elementos que enriquecerán la comunicación con el paciente. Se pudiera inicialmente tomar anotaciones breves, solo para recordar los aspectos principales y después, cuando el paciente se sienta escuchado desarrollar entonces con más detalles la historia clínica.

Examen Físico También de gran relevancia, en donde el médico explica al paciente con claridad algún procedimiento o técnicas a realizar y donde incluso se recomienda estar acompañado por un personal o auxiliar de enfermería, sobre todo cuando se lleva a cabo el examen ginecológico o de mamas. En esta etapa el médico podrá recoger todos aquellos hallazgos positivos que contribuirán para el diagnóstico de la patología que motivó al paciente acudir a su consulta.

En la última etapa el médico explica a su paciente con la mayor claridad posible todo lo relacionado con su enfermedad, lo que eso significa, el pronóstico asociado y el tratamiento, este último va a ser siempre un acto de cooperación entre el médico y el enfermo. Al comunicar al paciente el resumen sobre la percepción de lo que le acontece se requiere de una gran objetividad, precisión, sensibilidad y especificidad para poder lograr el objetivo deseado que es la mayor satisfacción del enfermo. Y es que la efectividad en la relación médico-paciente que se establece durante la consulta médica se mide hoy en día en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de su dolor o de su autonomía, su sensación de bienestar físico y mental y, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado.

El concepto de "cuidados centrados en el paciente" obedece a este nuevo planteamiento que se basa en reconocer el papel activo de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud y en la idea de que las decisiones clínicas deben incluir la perspectiva del paciente. Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, considerándose la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar dicha satisfacción y es que la mejor tecnología disponible sigue siendo la comunicación médico-paciente. (Sox, Morgan, Neufeld, Sheldon & Tonesk, 1983).

Se plantea por tanto una mayor reflexión en el estudio sistemático de la conducta humana durante el ejercicio médico, examinada a la luz de los principios y valores; rescatar valores que se han ido soslayando, en virtud del acelerado desarrollo científico tecnológico: El respeto a la persona desde la fecundación hasta la muerte, el respeto incluso al cadáver, a la verdad, a las creencias, a la libertad individual, al secreto profesional; principios que son aceptados pero con frecuencia olvidados dentro de la praxis médica. (Chávez & Chávez, 1997).

Muchas veces, la ciencia por sí sola no contribuye a enfrentar y resolver una determinada situación al profesional de la Medicina; y es aquí donde las Ciencias Humanas, y muy especialmente las Ciencias Sociales y otras disciplinas, pueden conducir y abrir nuevos horizontes para darle así un enfoque más humano y social a la Medicina de hoy.

Se requiere, por tanto, un rescate permanente de las Ciencias Humanas dentro de la enseñanza médica; crear un eje o puente de enlace entre estas dos disciplinas, y de esta manera lograr que los médicos en formación puedan adquirir y mantener una actitud acorde a los derechos del paciente; para así engrandecer ambas disciplinas obteniendo una

formación integral del médico que egresa de las Universidades. (Chávez & Chávez 1997).

Por tanto, el Médico que imparte Docencia es primordial que considere siempre la necesidad de darle un enfoque humanístico a la enseñanza médica, de crear un profesional con cierta actitud, con un compromiso hacia su entorno natural y social, a la necesidad de desarrollar cualidades esenciales en el profesional de la Medicina, que permitan un ejercicio médico dirigido no solamente a los logros materiales, sino que también alcance un desarrollo moral, científico e incluso estético, con una vocación médica dirigida principalmente a lograr la dignidad integral del hombre como ser humano. (Mira, 2000).

Bajo este contexto se requiere en primer término la sensibilización del profesional médico que imparte docencia en lograr de sus alumnos una formación de excelencia que incluya en sus ejes curriculares la educación en valores, el respeto, solidaridad, honestidad compromiso y responsabilidad hacia la persona enferma lo cual debe prevalecer para poder alcanzar una relación médico-paciente efectiva que conduzca a resultados positivos en la búsqueda de la salud integral del ser humano enfermo, pero si como médico y docente no se reconoce esta necesidad dentro de la práctica clínica, en consecuencia no se podrá enseñar de ninguna manera aquello para lo que no se está preparado o aquello que no se ha considerado importante dentro del ejercicio profesional.

Se hace indispensable por tanto dirigir los programas curriculares dentro de la carrera de Medicina al rescate de las ciencias humanas dentro de la enseñanza médica, conduciendo los mismos hacia la formación de valores esenciales dentro de una ciencia que está dirigida en primer término a lograr y/o mantener la salud integral del ser humano, en la medida que el Docente lo concientice como suyo, como parte de su propia formación profesional podrá brindarlo con mayor eficacia

a sus alumnos ya que lo reconocerá como parte de sus vivencias y experiencia profesional. De esta manera el médico que se inicia en su práctica clínica podrá visualizar y enfocar su ejercicio profesional hacia un mayor contacto y escucha con el paciente que acude convirtiéndose desde un principio en la persona directamente responsable en mantener ese trato cálido, solidario y personalizado con el enfermo, el cual espera siempre de su médico no solo una ayuda profesional sino también que se le escuche, se le comprenda y se le informe adecuadamente, haciéndolo así participe de su propio estado de salud.

### Conclusión

Una vez analizada la relación paciente-médico como una simbiosis enfocada primordialmente hacia un reto para mantener o alcanzar la salud integral del ser humano se puede concluir diciendo que en la medida que el médico cultive la capacidad de conocerse a sí mismos junto con el rigor de una formación científico-humanística, ello le permitirá centrarse en la vivencia para ofrecer una atención médica individualizada a cada paciente, y es que la ciencia médica solo puede ser ejercida por hombres ideales y no por meros prácticos que de tanto ver enfermedades no logren ver al enfermo. Se requiere por tanto de la concepción de una Medicina más centrada en el hombre que en la misma enfermedad, dirigida a conservar la dignidad del ser humano definiendo siempre la interacción paciente- médico como una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, profunda, solidaria y profesional bajo un contexto humano ya que la mejor tecnología disponible dentro del ejercicio médico sigue siendo la comunicación médico-paciente

### Referencias Bibliográficas

- Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. (Fourth Edition). New York, Estados Unidos de America: Oxford University Press.
- Beaumier, A, Bordoge G, Saucier D & Turgeon J. (1992). Nature of The Clinical Difficulties of First Year Family Medicine Residents Under Direct Observations. *Can Med Assoc J.* 146:489-97.
- Borroto, Cruz R & Aneiros Riba R. (1996). La Comunicación Humana Y La Actuación Profesional en La Práctica Clínica. *Bol Ateneo Juan Cesar García.* 4:35-55.
- Burbinski B & Nasser M. (1999). Reflexiones Acerca De Las Relaciones Médico-Paciente. *Arch Argent Pediat.* 97(11):43-6.
- Carrera, J.M. (2006). Evolución De La Relación Médico Paciente. Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos16/médico-paciente.shtml>.
- Castillo Valery, Alfredo. (1987). *Los Derechos De Las Personas Enfermas*. Caracas, Venezuela: Editorial Disinlimed C.A.
- Castillo Valery, Alfredo. (1990). *Ética Y Legislación Médica*. Caracas, Venezuela: Editorial Disinlimed C.A.
- Cesarman, E. (1998). *Ser Médico*. México DF, México: Grupo Editorial Porrúa.
- Chávez Grimaldi, Olivia M & Chávez Grimaldi Rafael J. (1997). *Hacia Una Mayor Humanización De La Medicina. Principios Y Valores Éticos*. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela: Clemente Editores C.A.



- Corona M, Luis A. (2010). Principales Ideas A Considerar En La Elaboración De Un Modelo Teórico Del Método Clínico. *Medi Sur Revista Científica*. Vol. 8(5): 90-7.
- Cuevas Urióstegui, María Luisa; Ávila Martínez, Isidro; Oliver Márquez, José; Sumano Catalán, Martha; Palomares Hernández, Gabriela & Garduño Espinosa, Juan. (1991). Relación Entre Médico Y Paciente En La Consulta Externa De Unidades De Primer Nivel De Atención Médica. *Salud Pública Mex*. 33(6): 576-84
- Feinstein A R. (1997). Problems In The Evidence” of “Evidence Based Medicine. *Am. J of Med*. Vol 10(2): 97-103.
- Fletcher J.C. et al.(1995). Introduction to Clinical Ethics. University Publishing Group. Maryland, USA. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos16/médico-paciente.shtml>.
- García Carlos. (2001). Evolución De La Relación Médico-Paciente En La Medicina Centrada En El Médico A La Medicina Centrada En El Paciente. Evidencia Actualización En La Práctica Ambulatoria. 4(4):67-72.
- Gervasa J & Ortúnb V. (1995). “Caracterización Del Trabajo Asistencial Del Médico General/De Familia”. *Atención Primaria*. 16(8) 501-506.
- González Menéndez R. (1984). La Psicoterapia En Nuestro Medio: Un Criterio Y Algunas Experiencias. *Rev. Hosp Psiq La Habana, Cuba*. 24:167-78.
- Greenhalgh T: (1999). Narrative Based Medicine. *BMJ*. January. Vol. 12(5) 89-97.
- Hojat M, Gonella J, Nasca T & Mansiones Vergare M. (2002). Physician Empathy: Definition Components, Measurement And The Relationship To Gender And Specialty. *IS J Psychiatry*. 2002; 159:1563-9.
- Horwitz C., Nina. (2004). El Cambio De La Práctica Médica. Desafíos Psicosociales Para La Profesión. *Rev. Méd Chile*. 132: 768-772.
- Lain Entralgo P. (1964). “La Relación Médico Enfermo”. Madrid, España: *Revista de Occidente*. 11:120-25.
- Lain Entralgo. (1990). “La Relación Médico-Enfermo”. Madrid, España: Acento.
- Lama A. (1998). La Relación Médico Paciente Y Las Escuelas De Medicina. *Rev. Med Chile*. 126:1405-6.
- Lavados, M. & Serani, A. (1993). *Ética Clínica. Fundamentos Y Aplicaciones*. Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Católica.
- Maglio, Francisco. (2012). El Escuchatorio En La Relación Médico Paciente. Disponible en [www.intraned.net/contenidover.asp](http://www.intraned.net/contenidover.asp).
- Menéndez Eduardo Luis. (2005). Intencionalidad, Experiencia Y Función: La Articulación De Los Saberes Médicos. *Revista de Antropología Social*. 14:33-69.
- Mira JJ, Aranaz J. (2000). “La Satisfacción Del Paciente Como Una Medida Del Resultado De La Atención Sanitaria”. *Medicina Clínica*; 114 (Supl. 3):26-33.
- Moore, Philippa; Gómez Griselda, Kurtz Suzanne & Alex, Vargas. (2010). La Comunicación Médico-Paciente: ¿Cuáles Son Las Habilidades Efectivas? *Rev. Med Chile*. 138: 1047-1054.
- Moreno Rodríguez Miguel A. (2010). Deficiencias En La Entrevista Médica. Un

- Aspecto Del Método Clínico. Medisur. 8(5) 45-51.
- Muños, R. & Eist, H. (2000). People vs. Managed Car. Washington DC: Aliance Care. 28(2): 55- 9.
- Navas, Héctor Joaquín; Moiso, Adriana & Argemi, Rubén. (1998). Magnitud Y Características De La Consulta Externa Atendida Por Médico Generalista En Centros Sanitarios Periféricos. Med Soc. 21(2):64-74.
- Ruiz R, Rodríguez JJ & Epstein R. (2003). ¿Qué Estilo De Consulta Debería Emplear Con Mis Pacientes? Aten Primaria. 32(10) 594-602.
- Sallerasa L, J.M. Bertránb & A. Prat. (1994). Los Métodos De La Medicina Clínica Preventiva (II). Consejo Médico. Medicina clínica. 102 (1).
- Sox, HC, Morgan WL, Neufeld VR, Sheldon GF & Tonesk X. (1983). "Report of the Panel Of The General Professional Education Of The Physicians. Subgroup Report On The Clinical Skills". J Med Educ. 59:139-47.
- Stewart M., Brown JHB, Galajda J, Meredith L & Sangster M. (1999). Evidence on Patient - Doctor Communication. Cancer Prevention & Control 3:25-30.
- Taboada Rodríguez, Paulina. (1988). Ética Clínica Principios Básicos Y Modelo de Análisis. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 27:7-13.
- Torío Durántez J & García Tirado. (1997). Valoración De La Orientación Al Paciente En Las Consultas Médicas De Atención Primaria. Aten. Primaria. 20:17-24.



¿Vive en permanente angustia?  
¿Posee herramientas para resolver su lucha interior entre el bien y el mal?  
¿Cree que la crisis personal, familiar y social es ética y moral?

**¡Aquí encontrará las mejores respuestas y estrategias!**

**Curso:**  
**“Formación de Facilitadores en Educación en Valores”**

**Objetivo:** Internalizar y vivenciar Teorías, Métodos, Estrategias y Actividades sobre Educación en Valores, para mejorar actitudes y conductas que le permitan una vida más plena y feliz, ayudando a otros desde su propia realidad de éxito.

**Curso Permanente**

**Dirigido a:** Profesionales Universitarios. **Lugar:** Cátedra Rectoral Educación en Valores  
**Duración:** 6 semanas. **Horario:** Lunes y Miércoles de 4pm a 8pm.

**Certificado de aprobación.** **Estacionamiento gratuito con vigilancia.**

Lugar: Urb. Prebo. Av. Andrés Eloy Blanco. Edif. Scorpio. Piso 3. Telefax: (0241) 8241077. E-mail [crevuc@gmail.com](mailto:crevuc@gmail.com)