

Artículo especial: Lenguaje y comunicación en la consulta médica

Language and communication in the clinical encounter

Carlos Musso* y Paula Enz**

Resumen

El lenguaje podría ser pensado como un órgano vital que nos permite interpretar simbólicamente el mundo. Es soporte para la acción, la comunicación, la cognición, el pensamiento, la memoria social, el placer asociado al discurso y la regulación conductual.

Su disfunción (la incomunicación), asienta sobre una serie de características propias: la polisemia, la denotación y la connotación, la hipercodificación, el valor contextual, la asimetría de la unidad cultural y la restricción de la palabra.

El lenguaje está constituido por tres canales comunicacionales: el verbal, el paralingüístico (tono, entonación, pausas) y el gestual (expresión facial y corporal); constituyendo este último un 55% de la misma.

Existen atributos comunicacionales capaces de forjar una actitud terapéutica: trato amable y respetuoso, escucha atenta, actitud congruente, lenguaje simple y claro, y actitud empoderadora de la autoestima del enfermo.

Abstract

Language may be thought as a vital organ that allows us to symbolically interpret the world. It is support for action, communication, cognition, thought, social memory, the pleasure associated with speech and behavioral regulation.

Its dysfunction (lack of communication) is based on a series of characteristics: polysemy, denotation and connotation, overcoding, contextual value, cultural unity asymmetry and word restriction.

Language has three communication channels: verbal, paralinguistic (tone, intonation, pauses) and gestures (facial expression and body). The latter represents 55% of the communication event.

There communicational attributes are able to build a therapeutic attitude based on a friendly and respectful approach, an attentive listening, a consistent attitude, a clear and simple language and an attitude that empowers of the patient's self-esteem.

Palabras clave: lenguaje, disfunción. **Key words:** language, dysfunction.

Musso C y Enz P. Lenguaje y comunicación en la consulta médica. *Evid Act Pract Ambul.* Oct-Dic 2012. 15(4). 140-142.

El Órgano-Lenguaje (algunos conceptos lingüísticos)

El lenguaje podría ser pensado como un órgano vital. Si aceptamos esta convención, se trataría del único órgano vital específico de nuestra especie, caracterizado por una serie de particularidades: está presente en la sociedad desde antes de nuestro nacimiento, nos toma varios años dominarlo, necesitamos para ello la ayuda de otro ser humano, lo compartimos con la sociedad durante toda nuestra vida, e incluso persiste más allá de nuestra existencia[§].

Desde el punto de vista anatómico, el órgano-lenguaje está compuesto por una red de "células" llamadas palabras, cada palabra es un signo doble compuesto simultáneamente por una imagen mental acústica llamada "significante", y un concepto mental llamado "significado". Ambos componentes están mentalmente ligados por leyes arbitrarias que establecen la correlación entre el sonido y el significado en todo lenguaje. Caracteriza también al lenguaje la presencia -en ocasiones- de significantes que admiten varios significados formales, es decir reportados por el diccionario (polisemia), así como otros que presentan, por un lado, un significado formal (denotación) y por otro, unos significados informales (connotación).

Entre las funciones del lenguaje como órgano se destaca el ser un instrumento que nos permite interpretar simbólicamente el mundo, siendo así un soporte crucial para la acción. Sin embargo, paradójicamente el lenguaje también nos limita, pues la visión del mundo que nos brinda está restringida por los límites del lenguaje mismo. Otros roles del lenguaje son el ser soporte para la comunicación, la cognición, el pensamiento, la memoria social, el placer asociado al discurso y la regulación de la conducta.

El Órgano-Lenguaje y su Enfermedad

La forma en que un órgano disfunciona está íntimamente rela-

cionada a sus atributos, de modo que un órgano no enferma de cualquier forma, sino de aquella que puede, lo que explica por qué el número de entidades patológicas que pueden afectarlo no sean infinitas.

El órgano-lenguaje no escapa a esta regla, de modo que su disfunción, la incomunicación, asienta sobre una serie de características del mismo que propician su aparición, que describiremos a continuación, y cuyo conocimiento puede llegar a evitarla o al menos subsanarla:

a) Los riesgos de la polisemia: una palabra puede remitir a más de un significado, de modo que un oyente puede optar por una alternativa de significación distinta de la que el emisor deseaba. Por ejemplo, decirle a un paciente que debe "dejar una medicación" puede ser interpretado como que debe "continuarla o suspenderla".

b) Las imprecisiones de la denotación y connotación: una palabra puede poseer un significado de diccionario (denotación) y otro originado de su uso habitual por fuera del diccionario (connotación). Cuando un oyente escucha una palabra su mente denota y connota simultáneamente, pudiendo su interpretación tomar un curso equivocado.

Por ejemplo, algunos pacientes asocian (connotan) la indicación de biopsia con la presencia de cáncer, de modo que cuando se les indica dicho procedimiento interpretan que padecen esta enfermedad.

c) Los efectos nocivos del hipercódigo: la palabra es una díada de sonido y concepto conectados por un código. Pero dentro de cada idioma existen diversas jergas reguladas por hipercódigos específicos, los cuales no son comprendidos universalmente; es así que dirigirse en lenguaje médico a un receptor no médico representa un uso inadecuado del lenguaje a través del empleo inadecuado de un hipercódigo.

Por ejemplo: dirigirse mediante excesivos tecnicismos médicos

* Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Humanidades del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. carlos.musso@hiba.org.ar

** Servicio de Dermatología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

[§] De hecho el lenguaje no pertenece a ninguno de nosotros, sino que nos es entregado en préstamo, por lo que constituye entonces un meta-órgano, lo que nos recuerda que somos todos parte de un mismo mega-organismo.

durante el informe a un paciente puede resultar confuso más que esclarecedor.

d) El valor del contexto: El significado de un signo lingüístico no depende exclusivamente de él sino también del contexto en el que está inmerso, de modo que su uso descontextuado puede suscitar un malentendido.

Por ejemplo, un determinado discurso puede ser excelente en el seno de un ateneo médico, pero lamentable frente a un enfermo.

e) Las asimetrías en la unidad cultural de las palabras: El halo conceptual que rodea a una palabra (unidad cultural) no es necesariamente el mismo entre distintas culturas, e incluso entre personas de la misma cultura, ya que el halo conceptual correspondiente a una determinada palabra nunca será idéntico entre distintos hablantes desde el momento que las vivencias que esas personas han tenido con respecto a la categoría lingüística que esa palabra representa han sido necesariamente distintas.

Así, la palabra "tumor" tendrá un impacto distinto en la mente del médico que en la del paciente.

f) La palabra es restricción: La dimensión emocional del hombre es mucho más antigua filogenéticamente que la lingüística. Esto hace que el querer expresar un afecto en palabras implique una reducción del mismo. Esta falta de concordancia entre lo sentido, lo pensado, y lo dicho implica que lo entredicho no es algo dicho por el emisor sino algo supuesto por el receptor como proyección suya sobre las palabras del otro, quedando entonces así abierta la posibilidad de que se suscite un malentendido.

Por ejemplo: indicar la toma de una medicación sin especificar hasta cuándo debe recibirse, puede ser interpretado erróneamente por el paciente que debe recibirla solo hasta finalizar la cantidad de comprimidos contenidos en el envase que las contiene.

La comunicación en la consulta médica

Si bien el lenguaje humano está constituido por tres canales comunicacionales: el verbal, el paralingüístico (tono, entonación, pausas) y el gestual (expresión facial y corporal); mientras que el primero representa sólo un 7% de la comunicación y el paralingüístico un 38%, el componente no verbal constituye su mayor componente: un 55% de la misma.

Los lenguajes verbal y no verbal funcionan coordinadamente, constituyendo dos aspectos de la comunicación humana, y por tal motivo su interpretación debe realizarse en forma simultánea e interrelacionada. El lenguaje no verbal opera con signos creados con el cuerpo, ya sean cinéticos (movimientos corporales) proxémicos (relaciones de distancia y del espacio interpersonal) o gestuales. El lenguaje no verbal puede repetir, contradecir, sustituir, reforzar, y regular al lenguaje verbal, siendo sus posibles subtipos el facial, el cinético, el proxémico y el ornamental.

Respecto del lenguaje facial, hay cinco patrones emocionales básicos que un rostro puede expresar y cada uno tiene su engrama determinado: alegría, tristeza, temor, sorpresa y enojo; existiendo por supuesto, variantes en su intensidad y formas combinadas. Se ha sugerido que la cabeza y el rostro (sobre todo la mirada y el diámetro pupilar) soportan la información relativa al estado emocional, mientras que el resto del cuerpo comunica fundamentalmente la intensidad de dicho estado.

En cuanto al lenguaje cinésico y proxémico, el primero se ocupa de los movimientos corporales como signos de comunicación, mientras que el segundo lo hace respecto de la significación encerrada en las relaciones de distancia, territorialidad y orientación temporo-espacial de los cuerpos de los interlocutores, muchos de las cuales lindan con la etología (estudio del comportamiento animal). Así una de sus reglas fundamentales es la de la existencia del espacio personal o área entorno al cuerpo, de aproximadamente 45 cm, que no debe ser invadida sin el consentimiento previo de la otra persona. A mayor poder social dicho espacio se amplía.

Finalmente respecto del lenguaje ornamental: existe mucha información codificada en la vestimenta, en los ornamentos, en los peinados, y en las características del entorno de nuestro interlocutor. Sin embargo es importante destacar que no se puede decir que exista una correspondencia directa entre los sentimientos y una postura física determinada, sino que ciertas posturas denotan un sentimiento cuando son llamativamente persistentes, se acompañan de otras posturas físicas que convergen en la misma denotación o cuando se destacan por no ser las posturas usuales adoptadas por un determinado individuo.

El lenguaje y la enfermedad

El hombre posee autoconciencia de su finitud y esa ineludible realidad es uno de los motores de su angustia. El encuentro con la enfermedad constituye una de esas situaciones recordatorias de lo vulnerable e incierto de su naturaleza. Por dicho motivo, es que el hombre enfermo tiene siempre en realidad dos problemas: su enfermedad y la angustia ante la posibilidad de morir (o de desarrollar alguna discapacidad) que ella en algún grado representa.

Es por esta razón que la consulta médica debe funcionar tanto como una instancia para resolución de la enfermedad, como de la angustia acompañante. Cuando una consulta médica permite alcanzar ambos objetivos es porque ha logrado generar una atmósfera terapéutica, que es en definitiva la que alivia a la segunda. Dicho clima se consigue cuando, a través de su actitud, el terapeuta logra que el paciente vea en él a una persona idónea que lo acepta tal cual es y que está interesado en ayudarlo (empatía). Este es sin duda uno de los puntos en lo que la labor médica se torna más arte que ciencia.

Existen un conjunto de atributos comunicacionales que contribuyen a forjar una actitud terapéutica, que son detallados a continuación:

- Trato amable y respetuoso.
- Escucha atenta y libre de la emisión de juicios de valor.
- Abstención de caer en contradicciones entre el decir y el hacer (congruencia).
- Tolerancia: recordar las diferencias de interpretación que pueden generarse a partir de los fenómenos de la polisemia, la connotación y la unidad cultural.
- Lenguaje simple y claro, acorde al interlocutor y sin caer en excesiva jerga médica (hipercodificación)
- Tener en cuenta la carga emotiva de las palabras a utilizar, el potencial efecto de la entonación de las mismas, los silencios y las pausas discursivas (paralenguaje).



- Determinar de antemano los conceptos centrales a transmitir al paciente y su familia acerca de la evolución y pronóstico de la enfermedad.

- Trabajar en la reafirmación de la autoestima del enfermo (actitud confirmatoria) valorando las preguntas y las ideas del paciente (aunque el profesional no las comparta) y evitando interrupciones innecesarias a sus intervenciones.

- Estimular la participación del paciente en su tratamiento (empoderamiento) en un modo y una forma acorde a sus posibilidades, lo que ayuda a elevar la autoestima del paciente (al sentirse jerarquizado) y a mitigar su angustia (desde el momento en que siente que puede en algún grado manejar su problema).

- Argumentar las prescripciones realizadas, ya que una indicación no es una orden sino una sugerencia calificada.

- Recordarle al paciente en forma adecuada que el médico no es omnipotente, comunicándole la necesidad de realizar interconsultas o ateneos a fin de resolver su problema, pues no debemos olvidar que de la deificación a la demonización hay tan sólo un paso.

Si bien es cierto que el concierto de todos estos atributos difícilmente pueda lograrse siempre, no obstante, se trata de un objetivo ideal el que nunca debe dejar de tenerse presente.

Concluimos que órgano-lenguaje y la comunicación constituyen sin duda la matriz del acto médico, desde la cual éste se consolida y se acrecienta.

Recibido el 20/02/2012 y aceptado el 15/12/12.

Bibliografía recomendada

- Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires. Libros Básicos. 1961
Beauchamp T y col. Principios de ética biomédica. Barcelona. Masson. 1999
Bordelois I. A la escucha del cuerpo. Buenos Aires. Zorzal. 2009
Castilla del Pino C. La incomunicación. Barcelona. Ediciones Península. 2001
Coulehan J, y col. The medical interview: mastering skills for clinical practice. Philadelphia. Davis Company. 2001
Musso C, Enz P. Semiótica médica: principios lingüísticos y comunicacionales de uso médico. delhospital ediciones. Buenos Aires. 2008
Musso C. El arquetipo asclepiano. Evidencia. 2005; 8 (2): 60
Musso C. El medico asistencial piensa como científico y actúa como artista. Evidencia. 2006; 9(6): 175
Musso C. The Forgotten Organ. Humane Health Care. 2003, 3(2)
Vidal y Benito M. Acerca de la buena comunicación en medicina. Buenos Aires. CEMIC. 2002

