

“LA RUPTURA COMUNICATIVA EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA”

EULALIA HERNÁNDEZ SÁNCHEZ Y M^a ISABEL LÓPEZ MARTÍNEZ
Facultad de Letras. Univ. de Murcia.

RESUMEN: En el siglo XXI –el siglo de la comunicación–, la incomunicación es, paradójicamente, uno de los problemas principales, al mismo tiempo. Aunque ésta puede darse en muchos ámbitos, la incomunicación está especialmente presente en la relación entre médico y paciente, en la cual, debiendo ser la comunicación un objetivo fundamental, diferentes elementos perturbadores pueden causar una alta ruptura comunicativa de acuerdo con datos estadísticos, unos de naturaleza lingüística (uso de palabras o frases extrañas, abreviaturas, acrónimos, dialectalismos), otros de naturaleza no lingüística (ansiedad, miedo, inquietudes, etc.). En este artículo nosotras tratamos de mostrar este hecho a través de un análisis detallado de la comunicación interpersonal entre médicos y pacientes, especialmente en clínicas y hospitales públicos.

ABSTRACT: In the 21st century –the ‘century of communication’– incommunication is, paradoxically, one of the main problems of present times. Though this can be seen in many respects, incommunication is especially present in the relation between the doctor and the patient where, being a good understanding a primary objective, various disturbing elements can cause a very high communicative break up according to statistics, both linguistic (the use of foreign words or phrases, abbreviations, acronyms, dialectalisms), or non-linguistic (anxiety, fear, worries, and so). In this paper we try to show this fact through a detailed analysis of interpersonal communication between doctors and their patients, especially in national health clinics and hospitals.

En el siglo XX y en los albores del siglo XXI la palabra “comunicación” ha estado presente en todos y cada uno de los diferentes contextos sociales; todo el mundo habla hoy en día de comunicación: psicólogos, sociólogos, lingüistas, políticos ...; sin embargo, resulta paradójico que, en nuestra sociedad, la incomu-

nicación se encuentra a la orden del día: los conflictos conyugales se producen por falta de comunicación, los hijos no se entienden con los padres, los políticos llenan sus discursos de términos vagos que nada quieren decir, y, en general, son muchos los contextos en los que el emisor, por intereses propios, enmascara su mensaje de tal manera que es imposible su interpretación. En definitiva, son numerosas las situaciones en las que emisor y receptor no parecen hablar el mismo lenguaje a pesar de que estén usando el mismo código; a este respecto son muy significativas las palabras de Martinet (1968,11) cuando afirma “que a menudo lo utilizamos [el lenguaje] menos para comunicar que como escape, como lo hacía el barbero del rey Midas, es cosa clara, y ahí están los charlatanes para recordárnolo”; estas situaciones de incomunicación se agravan cuando los que interactúan son individuos con diferencias sociales, culturales, regionales, de edad, sexo ... En este mismo sentido C.Kerbrat-Orecchioni (1986, 20) expone la inexactitud de que los participantes de la comunicación “aún si pertenecen a la misma ‘comunidad lingüística’, hablen exactamente la misma ‘lengua’”, porque para ella existen junto a las competencias lingüísticas otras no lingüísticas –psicológicas, culturales...– que acentúan aún más las divergencias entre los interactuantes.

Todas estas situaciones de ruptura comunicativa preocupan cada vez más no sólo dentro de los ámbitos estrictamente científicos¹ sino, y sobre todo, a nivel de la vida cotidiana, habida cuenta que la comunicación constituye no sólo la pieza fundamental de cualquier proceso de socialización, sino que también aumenta las capacidades del individuo al mismo tiempo que contribuye a mejorar su adaptación al medio². Numerosos son los tratadistas que a lo largo de la historia han

1 T. Slama-Cazacu, al traer a colación los temas de máximo interés en el ámbito de la Lingüística Aplicada, establece una taxonomía de 15 áreas entre las que figura con el nº 10 la que se ocupa de los aspectos lingüísticos en la relación médico-paciente, o psicólogo-paciente, o psicólogo-sujeto experimental. (*Linguistique appliquée une introduction*. La Scuola, Brescia, 1984).

2 Para L. Payrató (1998, 46-47) es imposible tratar de forma totalmente independiente los aspectos lingüísticos y los aspectos comunicativos, porque “el concepto de lenguaje acaba combinándose ineludiblemente con el concepto de comunicación, y las funciones de uno quedan ligadas a las funciones del otro; dicho de forma sintética:

a) En el ámbito social, la comunicación constituye la pieza fundamental de cualquier proceso de socialización.

b) En el ámbito psicológico y biológico, la comunicación aumenta las capacidades del individuo y contribuye decisivamente a mejorar la adaptación de la especie humana a su medio”.

puesto de manifiesto el privilegio del hombre frente a otros seres vivos por estar dotados de la capacidad de pensar y comunicarse; "la función fundamental del lenguaje humano es permitir a cada hombre comunicar a sus semejantes su experiencia personal" (Martinet, 1968,11)³, siendo la lengua "el medio principal de comunicación informativa" (Jakobson, 1975, 16) o "el modo plenario de comunicación entre los hombres"⁴; la ruptura de la comunicación llegaría a situar al hombre por debajo de los animales.

Si bien, como hemos dicho, son muy variados los tipos de situación que inducen al fracaso del acto comunicativo, nosotras en estas páginas lo vamos a abordar desde el punto de vista de la medicina porque no hay duda de que este campo constituye uno de los ámbitos más propicio para ello. Dentro de él, el lenguaje científico y el lenguaje cotidiano están en continua disputa; tanto en las consultas de ambulatorios, como en las clínicas, hospitales y ciudades sanitarias, el lenguaje se erige en el principal medio de comunicación entre médicos y pacientes; porque el paciente deberá exponer clara y detalladamente los síntomas que padece con objeto de que el médico pueda comprenderlos e interpretarlos convenientemente, consecuentemente ha de emitir su diagnóstico que irá acompañado de unas explicaciones claras y completas sobre la enfermedad así como sobre su tratamiento a fin de que el paciente pueda seguir las pautas señaladas correctamente. Todos estamos de acuerdo en la necesidad de que emisor y receptor, médico-paciente, se expresen meticulosamente en este campo tan importante y trascendente como es la propia salud.

En la actualidad, desde el punto de vista teórico, la sociedad está tomando conciencia de este problema y, de hecho, son numerosos los cursos, masters ... que sobre comunicación están apareciendo en los tablones de centros sanitarios destinados a su personal; todos ellos se ofertan con la única finalidad de formar a estas

3 Asimismo Martinet (1968, 15) señala que "la función esencial del instrumento que es una lengua es la de la comunicación ...No obstante, deberá tenerse en cuenta que el lenguaje ejerce otras funciones que la de asegurar la mutua comprensión. En primer lugar, el lenguaje sirve de soporte al pensamiento ... Por otra parte, el hombre emplea con frecuencia su lengua para expresarse, es decir, para analizar lo que siente sin ocuparse excesivamente de las reacciones de eventuales oyentes".

4 López Aranguren, J.L. (1996): "La comunicación humana", *Obras Completas*. Vol. V. Trotta. Madrid. Página 24 y Baylon, Chr y X. Mignot (1996: 8).

personas en el campo de la comunicación. Pero, en la práctica se siguen produciendo numerosas situaciones de lo que Prieto denomina mala comprensión y ambigüedad⁵: el médico por diversos motivos (número elevado de pacientes a ver en muy poco tiempo, prepotencia, deformación profesional ...) utiliza una mala comunicación, entendiendo aquí como tal no sólo el no explicar adecuadamente lo que debe decir al enfermo sino el adolecer, y esto lo consideramos muy importante, de explicarlo oportunamente. El facultativo debe tener, más que nadie, el don de la oportunidad a la hora de comunicar con el paciente, pero, a su vez, debe incidir, sin que ello conlleve el caer en el engaño, en lo positivo, nunca en lo negativo, ya que esto llevaría consigo un gran desasosiego para el paciente. En este sentido consideramos muy significativas las palabras de Ordóñez Gallego (1994, 102): "...por una parte, no se debe imponer una explicación que no se desea (en nuestra experiencia son pocos los enfermos que preguntan directamente sobre el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad). Por otro lado, el médico no debe mentir. Una cosa es mentir y otra callar la verdad. Al enfermo conviene decirle lo que le anima y callarle lo que le deprime, pero sin mentir.

Pero no siempre estamos obligados a decir toda la verdad. No es correcto utilizar la verdad como una arma arrojadiza sin reparar en el daño que se puede hacer. Como dice Paul Valery: "La verdad se representa desnuda, pero debajo de la piel sangra".⁶

Son numerosos los casos que podríamos traer a colación y que corroborarían nuestras palabras, así a título de ejemplo, el optalmólogo que ante un paciente con hemorragia ocular le dice que su dolencia "*es más grave y peligrosa de lo que se puede imaginar*", para, a continuación, emitir su diagnóstico: presenta unas úlceras

5 Prieto (1967, 60) señala la existencia de dos tipos esenciales de fracaso: uno por "mala comprensión" y otro por "ambigüedad"; la diferencia entre el primero y el segundo estriba en que cuando hay mala comprensión la incertidumbre del receptor desaparece totalmente, no sucediendo así en el caso de ambigüedad.

6 En esta misma línea resultan contundentes las palabras de Laín Entralgo (1983, 316): "No es de necesidad absoluta que el médico nombre sus hallazgos ante el enfermo; más aún, con frecuencia deberá callarlos muy cuidadosamente, so pena de causar desórdenes iatrogénicos. Pero habrá ocasiones en que al paciente le hará bien oír una designación precisa del síntoma que padece o del signo que en él se haya puesto de manifiesto (a veces, porque esto resolverá una duda que le atormenta; otras, más elementalmente, por la virtud esclarecedora que la nominación posee), y entonces convendrá nombrar total o parcialmente ante aquél el resultado de la exploración".

y necesita un tratamiento muy continuado; las palabras entre comillas y cursiva nos evidencian una comunicación completamente equivocada que provoca una desazón y un negativismo que no favorece en nada la pronta recuperación; o ese cirujano que sin disponer de la totalidad de pruebas, emite una comunicación inoportuna puesto que presenta al enfermo, de manera aún inexacta, una descripción dudosa de la enfermedad que padece ; y así sucesivamente podríamos reseñar otros muchos ejemplos.

Para Balint "ocuparse de los enfermos no es más que ser bien educado y afectuoso. Fuera de esto, de ocuparse de la psique, del temperamento del enfermo para recetar, para modificar la receta, no hay nada. Una ictericia, ya aparezca en un alcohólico o en alguien que tiene un cáncer de las vías biliares, se trata de la misma manera. Lo cual no impide que cuando un médico ve a una enferma en cama con neumonía, debe decirle buenos días ..."⁷. O, como decía Pedro Salinas "El impulso al bien hablar es menester que brote de la persona misma, de la sin par importancia que para su vida total tiene el buen estado del idioma... Lo que llamo educar lingüísticamente al hombre es despertar su sensibilidad para su idioma, abrirle los ojos a las potencialidades que lleva dentro, persuadiéndole, por el estudio ejemplar, de que será más hombre y mejor hombre si usa con mayor exactitud y finura ese prodigioso instrumento de expresar su ser y convivir con sus prójimos".

Por otra parte, todas estas distorsiones comunicativas aún se agravan más debido al uso reiterado de extranjerismos, tecnicismos, siglas; efectivamente, en los distintos centros sanitarios se ha observado que con relativa frecuencia se abusa innecesariamente de:

Extranjerismos:

– escáner⁸ (del inglés "scanner"); – estrés (inglés "stress");

⁷ Cfr. M. Balint (1970). Cita de la 2ª edición .

⁸ La palabra "escáner" en contextos como "le han de hacer un escáner de cerebro" pensamos que es totalmente inadecuada debido a que dicho término proviene de la voz inglesa "scanner" que significa "explorador", por lo tanto haría referencia al aparato con el que se ha de realizar esa prueba pero no al hecho en sí; Alpizar Castillo (1982, 144) sostiene que en algunos textos médicos ha leído la palabra "scanning" que significa "exploración"; él considera que no hay necesidad de servirse de un extranjerismo cuando en español contamos con la palabra adecuada; ahora bien, si se ha de recurrir a ese préstamo innecesario del inglés, lo correcto sería servirse de "scannig" no de "escáner".

- by-pass (inglés “by pass”); – test (inglés “test”); - shock (inglés “shock”);
- drenaje (francés “drainage”); – kit (inglés “kit”)...

Acrónimos y siglas (tan abundantes todos ellos en medicina que podemos decir con Dámaso Alonso⁹ que estamos sufriendo una “invasión” de las mismas); entre otras muchas podemos traer a colación:

- UCI (unidad de cuidados intensivos). – UVI (unidad de vigilancia intensiva)
- SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). – ADH (hormona antidiurética)
- SAS (síndrome de apnea del sueño). – LBA (lavado broncoalveolar)
- TEP (tromboembolismo pulmonar). – ORL (otorrinolaringología)
- DLM (dosis letal mínima). – DMID (diabetes mellitus insulín dependiente)
- EIP (enfermedad inflamatoria pélvica). – FIGO (Federación internacional de ginecología y obstetricia). Etc. etc.

Mediante la utilización de todos estos recursos lingüísticos, el facultativo va a dejar constancia de su prepotencia, de su poder; en efecto, al intercalar extranjerismos o siglas a su forma cotidiana de hablar erróneamente cree que va a demostrar al enfermo un nivel muy elevado de conocimiento, olvidando en todo momento que para el paciente esas palabras resultan ininteligibles y que van a provocar que se muestre más taciturno interrumpiéndose la comunicación; como consecuencia la interacción será totalmente insatisfactoria. “No son los médicos que “escuchan” y que hablan quienes retroceden hacia una medicina primitiva, hacia un chamanismo falaz. Son los que niegan al enfermo el derecho de hablar si no es a través de sus síntomas físicos y los que dejan que sus propias palabras se

9 Dámaso Alonso en el poema “La invasión de las siglas”, a la memoria de Pedro Salinas, dice de ellas “...este gris ejército esquelético/ siempre avanza”; “Legión de monstruos que me agobia, / fríos andamiajes en tropel”, etc. [*Del siglo de Oro a este siglo de siglas*. Gredos. Madrid. 1969; prólogo, pp. 7-8].. Idéntico rechazo muestran, por ejemplo, Rafael Lapesa (“La lengua desde hace cuarenta años”, en *Revista de Occidente*, 8-9, pp. 193-208) para quien son “plaga universal de monstruos”, y Gerardo Diego en su artículo “Por las siglas de las siglas”.

carguen de misterio, de secreto, al no ser nunca explícitas, sino siempre enmascaradas tras un discurso pseudocientífico, quienes confieren a todo el lenguaje hablado o sintomático una acción incontrolable”¹⁰, o como apunta Alpizar Castillo (1982, 4): “...las expresiones más sencillas se complican innecesariamente, y muchas palabras propias de nuestro idioma –ampliamente reconocidas y perfectamente establecidas por su corrección y exactitud– se echan a un lado y en su lugar se adoptan términos extranjeros absolutamente injustificados y, en la mayoría de los casos, son causantes de inexactitudes e interpretaciones erróneas”.

Pero, el médico no sólo no debe incurrir en estos vocablos y expresiones que afectan a la comprensión del mensaje sino que además debe evitar las palabras tabues¹¹, palabras, valga la redundancia, que no deberían ser pronunciadas ante el paciente por la ansiedad que le pueden provocar, ya que él tiene miedo a esa palabra por su cruda identificación con la realidad; por ejemplo:

–Cáncer; – trombosis; – infarto; – bulto, ya que se interpreta como “cáncer”;....

El paciente, por su parte y debido también a múltiples motivos (nervios, miedo a la verdad, timidez, preocupación, temor a preguntar, a los que hay que sumar diferencias regionales, culturales...) no habla con claridad.

En las consultas de ambulatorios y centros de salud es donde encontramos explícitamente más dificultades en la interacción paciente- médico; aquí las principales causas de fracaso del proceso comunicativo nos vienen dadas¹² porque,

10 Labov y Fanshel (1977: 196).

11 E. Benveniste en su artículo “La blasfemia y la eufemia” ha llegado a decir con relación al “tabú”: “La naturaleza de esta interdicción cae no sobre el “decir alguna cosa”, que sería una opinión, sino sobre el “pronunciar un nombre”, que es pura articulación vocal. Cierta palabra o nombre no debe pasar por la boca. Simplemente se retira del registro de la lengua, se borra del uso, no debe existir más. Sin embargo, y es condición paradójica del tabú, este nombre debe al mismo tiempo continuar existiendo como prohibido” (1993[1974]: *Problemas de lingüística general II*. Siglo XXI. Madrid; págs. 256-259). A este respecto resulta muy interesante la conferencia que con el título “El tabú lingüístico y el poder mágico de la palabra” pronunció el profesor M. Casas Gomez en el II ciclo de conferencias “El lenguaje y la vida”. CAM, mayo de 2003.

12 Todos estos ejemplos los hemos extraído gracias a la amabilidad de familiares y amigos que se encuentran trabajando en diversos centros sanitarios, personas que, incluso, en ocasiones nos han proporcionado anécdotas muy significativas que tenían recopiladas por escrito.

bien el emisor bien el receptor, manejan diferentes variedades del mismo código. A continuación traeremos a colación y comentaremos algunas muestras de entrevistas médico-paciente que nos van a permitir ver cómo la comunicación puede llegar a interrumpirse.

Tenemos el caso de la madre que viene sin su hijo a la consulta y dice:

- Doctor, mándeme algo para mi hijo, que tiene "ronchones". El le contesta: ¿Está teniendo picores?, a lo que ella responde: Sí, le pica muchísimo. Y ¿por qué parte del cuerpo los tiene?, dice el médico.

La buena señora se queda un tanto perpleja por la pregunta, o bien piensa: "este médico es tonto". Pero aún así contesta: ¡¡Pues por donde va a tenerlos, por abajo!!.

Ante tal respuesta, el que se queda un tanto perplejo es el médico, pensando, mientras tanto, que hay algo que no funciona, por lo que al plantear la siguiente pregunta utiliza la estrategia de la pregunta ambigua para ver por donde sale la cosa. Bien y ¿qué aspecto tienen?

Algo menos suspicaz que antes, la señora empieza a hacer una descripción de las 'lesiones' que, afortunadamente, saca al médico de la duda y del apuro lingüístico:

- Pues son muy abundantes, blancas y finitas, y están vivas porque se mueven.

Esta explicación suplementaria fue la que sirvió al médico para que pudiera emitir el diagnóstico adecuado.

('Ronchones' es un término utilizado en algunos lugares para designar a las lombrices)

Otro ejemplo, igualmente significativo, es aquel en que llega un paciente a la consulta y dice:

- Doctora, estoy muy preocupado. Llevo un mes sin dormir y no me decidí a venir a la consulta por miedo a la respuesta. He recogido los resultados de la analítica del reconocimiento de empresa y creo que tengo "el sida". Alarmada se pone a mirar los resultados y ve que están dentro de los límites de la normalidad. Pregunta: "¿Dónde ha visto usted que pone sida?". Tembloroso el paciente señala con el dedo en la parte superior de la página sin emitir palabra; entonces la doctora lee: "Eixida". Término que en valenciano significa: salida-fecha de salida del reconocimiento.

Queda claro que en ambos ejemplos la ruptura comunicativa ha sido provocada por la utilización de un dialectalismo a lo que se le une, en el segundo ejemplo, los nervios que el paciente sufría al leer el documento.

En el caso siguiente la incomunicación se produce por la avanzada edad del paciente así como por el ámbito socio-cultural al que éste pertenece.

Doña Manuela, de 74 años, es el prototipo de paciente con el que es fácil tener problemas de comunicación. Cuando quiso decir que padecía prurito vulvar, explicó que tenía *desazón en el empeine* y cuando se refirió a unos episodios de epistaxis¹³ aseguró que ella era "*mu sanguina*". Todavía el médico nos señala que aún no ha adivinado qué demonios quiere decir cuando se señala el pecho y dice que nota una *negacioncita* (no, no es dolor, pirosis¹⁴, disnea¹⁵, opresión, pitidos, ni nada que esté en los libros).

Esa misma mañana añadió que era "*mu durera de por siempre*". Ante estas palabras la miró asombrado. Entonces le dijo que quería un remedio para "*enzuciar*", ante lo cual cayó en el problema. Empezó a interrogarle sobre sus hábitos dietéticos y los remedios que había utilizado asegurando ella que desde hacía años se tomaba uno o dos wiskys todas las mañanas antes de desayunar. El médico volvió a sorprenderse preguntando con cautela: ¿Y le va bien así?. Bueno, al principio sí me iba bien, pero ahora tengo que tomar el "*güiky*" con cada comida.

Ya estaba el facultativo calculando las unidades semanales de alcohol que se metía la señora, cuando ella aclaró: No, "*güiky*", no, lo otro. ¿Brandy? – le preguntó casi admirado. No, hombre, no. Kiwi, joder.

En este caso se detecta cómo en los ambientes rurales y, sobre todo, cuando el médico tropieza con una enferma de avanzada edad, las expresiones vulgares determinan la incomunicación entre ambos.

Siguiendo nuestra conversación este mismo amigo nos trajo a colación lo que le ocurrió al poco tiempo de terminar la carrera:

Llegó un día a la consulta un matrimonio mayor, iban a la consulta por el marido, porque se encontraba muy decaído y triste, sin ganas de salir a ningún lado ni de hacer nada. Tras una conversación con él le dijo que se encontraba muy deprimido, por ello le puso un tratamiento.

Al cabo de unos veinte días volvió la mujer sola, para hacer de nuevo una consulta sobre el marido. Empezó a decir que su marido había "salido afuera" en varias ocasiones, el médico respondió que se alegraba de que estuviera más animado y hubiera mejorado de su estado depresivo. La mujer lo miró extrañada y le volvió a decir que había "salido afuera". Ante esta repetición "salir afuera" el médico comprendió que estaban hablando de distintas cosas y al decirle a la mujer que se explicara mejor pudo comprender que se encontraba ante un caso de diarrea. En este caso la incomunicación se produjo porque el médico desconocía que en determinados ambientes rurales "salir afuera" se usa como sinónimo de "ir al water".

13 Diccionario terminológico de ciencias médicas (2001): "Hemorragia por las fosas nasales" (p. 421).

14 Op. cit.: "Ardor que sube del estómago a la faringe..." (p. 970).

15 Op. cit.: "Dificultad en la respiración" (p. 357).

El ejemplo siguiente lo traemos a colación, pese a ser similar al anterior, debido a la alta frecuencia estadística con que aparecen estos casos en los ambulatorios. Un joven médico sin apenas experiencia, tiene que enfrentarse con graves problemas de comprensión a la hora de poder diagnosticar adecuadamente a una persona de la tercera edad y de ambiente rural muy cerrado ante el panegírico que le lanza y que podemos testificar porque se nos ha facilitado de manera textual:

"Que digo yo que como tengo que ir al hospital el día 14 pa lo de la vista, que a ver si puedo aprovechar el viaje y que me miren bien, que ando desde hace unos días con un dolor aquí en los "compañones" (por testículos) que sube hasta las "basilares" (por mandibulares) y que me da dos o tres vueltas por todo el cuerpo, y como yo padezco de "enritación en la tripa de Colon" (por Colon irritable) y soy más propenso a todo, que me hagan un "análís de la esponja uniforme" (por encefalitis esponjiforme) que de siempre "ma gustao " la carne de ternera y la cosa no es "pa" tomarlo a broma, que ni la "menistra" se aclara y como también va conmigo mi mujer, que tiene que "descambiar" unas cortinas que compró en los almacenes de enfrente del hospital, que ya le dije yo que no las comprase sin medir antes, pues eso, que lo de la "esponja" se lo hagan también a ella que también come carne. Porque ya puestos, mejor hacer todo en un día. Y ya que estoy aquí, a ver si me puede mirar la tensión la enfermera que casi seguro que la tengo alta, que lo noto yo rápido. Y que no se me olvide que dice mi mujer que le de algo "pal" resfriado, pero que no sean pastillas de las que "cucen" (efervescentes), que las toma muy mal. Y si me hace además la receta de "golosina" (por digoxina, medicamento anticoagulante), que quedan pocas pastillas y no puede pasar sin ellas. ¡Ah! quería yo preguntarle si nos podía poner la ambulancia, que la última vez que fuimos por lo de ella al "Chicriata" (por psiquiatra) al volver al pueblo perdimos el autobús.

Otro caso curioso y que podría haber desembocado en una situación grave, es el que le ocurrió a una señora de mediana edad que llegó quejándose de "epigastralgias" ¹⁶ y "conjuntivitis" ¹⁷. Cuando el médico se dirigió a ella llevaba puestas sus lentillas que, según refirió, había adquirido unos meses antes por primera vez; sin embargo, desde hacía unos días le contó que padecía un enrojecimiento progresivo que se acentuaba cada vez que limpiaba las lentillas. Por lo que se refiere a la "epigastralgia", la paciente manifestó que no tomaba ningún medicamento y que su dieta era del todo normal. Cuando iba a empezar las exploraciones la paciente dijo que desde que se lavaba las lentillas con las pastillas el estómago le dolía.

16 Op. cit.: "Dolores de estómago" (p. 419).

17 Op. cit.: "Inflamación de la conjuntiva" (p. 282).

Por lo que le preguntó que cómo se las lavaba.

“Pues como me han dicho en la óptica. Me pongo las lentillas y pongo una pastilla de esas de lavar en cada uno de los cubiletes con el líquido de aclarar, me pongo delante del espejo, me las tomo y espero a que se pase el efecto. Pero la verdad, yo no noto nada”.

Ante semejante confesión le tuvo que explicar a la buena mujer cómo se han de lavar las lentes correctamente y recetarle un colirio con antibiótico y un buen antiácido para el estómago.

Aquí, probablemente, la ruptura comunicativa fue provocada por el nerviosismo de la señora ante una situación nueva y desconocida para ella que le llevaba a no entender las explicaciones del óptico y a no preguntar de nuevo, quizá, por miedo al ridículo.

Por último, tras hablar con un médico amigo, que lleva ejerciendo su profesión 18 años, nos comenta que conoce muchas de estas anécdotas que, incluso, algunas después llegan a convertirse en chistes y siempre hay algún gracioso que dice ¿sabes aquel que va al médico...?.

Según la opinión de este profesional la causa podría ser la poca educación sanitaria que poseemos los ciudadanos en esta sociedad de prisas y de estrés en la que no hay tiempo para estar debidamente informados. No es difícil, nos comenta, que con estas actitudes encontremos a aquel que se bebe el “colirio” y dice que sólo tiene para una toma o aquel otro que se come los supositorios o se los pone con el blíster¹⁸, o aquella joven canguro que está cuidando un niño y llama por teléfono para decir que se encuentra mal y no sabe qué hacer con él; o aquel que dice que le han operado de “trompetas” cuando en realidad se está refiriendo a “cornetes”¹⁹; o aquella otra paciente que se queja de que el “estómago me tumba y el dolor me bulle” para hablar de su “gastritis” y de que “tengo un puchero en el pecho, la garganta me raspa y me hace toser tanto que me duelen todos los huesos de la calavera” cuando se refiere a su “faringitis”. También hay casos de personas que llevan un mes con un cierto dolor y vienen “de urgencias” porque les va mejor. O aquellos que piden que pongas “urgente” para no tener que esperar a ver al especialista.

18 Blíster “envase”. Collins, 1988.

19 “Cornete” según el DRAE es “Cada una de las pequeñas láminas óseas y de figura abarquillada situadas en el interior de las fosas nasales”.

Según testimonio de nuestro amigo: "en la consulta intentamos que los pacientes nos escuchen pero, por desgracia, no todos llegan con esta actitud receptiva".

Sin embargo, pensamos que esta perspectiva del médico resulta en muchos casos contraria a la del paciente, ya que, por regla general, a éste le interesa mucho enterarse bien del diagnóstico y de las prescripciones terapéuticas porque es su salud la que está en juego. La mayoría de las veces es el médico el que no ofrece la suficiente información y cuando se la requerimos, a veces, es tan parca, hermética y poco clara que uno sale de la consulta totalmente insatisfecho y con el consiguiente nerviosismo que provoca esta incompreensión; hemos de tener en cuenta, como muy acertadamente señala Bálint²⁰ que el médico es el primero de los medicamentos que él prescribe.

En realidad, la comunicación médico-paciente se presenta extremadamente compleja; Baylón y Mignot (1996, 361) señalan que en este tipo comunicativo se dan tres diálogos superpuestos:

1º. Un intercambio de palabras en situación desigual: lo verbal, el lenguaje ordinario y, también, lo no verbal.

2º. Un diálogo médico entre síntomas y tratamientos: el médico, la competencia del médico y también la lengua médica.

3º. Un diálogo subyacente en el que se encuentra lo relativo a la psique, al inconsciente, a la afectividad: la psique es también lo no dicho, lo supuesto, lo implícito o infraverbal.

Laín Entralgo (1983,301 y ss.) considera que médico- enfermo se relacionan no sólo con las palabras sino también a través de la mirada, del silencio, del contacto manual y de la relación instrumental; dirá textualmente "médico y enfermo se comunican en cuanto tales entre sí, uno como "persona enferma", otro como "persona capaz de prestar ayuda técnica"; los dos, por tanto, como "personas". Con ello queda constituido el fundamento específico de su mutua relación; fundamento que en el caso para nosotros canónico, y sin mengua de sus diversos condicionamientos económicos y sociales, es la versión médica de la amistad entre hombre y hombre, la "amistad médica".

En definitiva, todas estas reflexiones nos inducen a hacer hincapié en la necesidad de servirse de la "palabra adecuada" en el ámbito de la medicina. Se ha

20 Cfr. M. Balint (1970).

comprobado estadísticamente que entre pacientes hospitalizados que habían solicitado algún remedio para aliviar su dolor, aquellos que fueron atendidos por personal especializado en el ámbito de la comunicación se aliviaron sin necesidad de ingerir ningún tipo de fármacos; por el contrario, los que fueron atendidos por personal sanitario precisaron esos medicamentos para sentirse mejor²¹.

Por otro lado, el doctor M. González Barón, perteneciente al grupo oncológico de La Paz, reincide en el valor "terapéutico" de la palabra al sostener que "desde la antigua Grecia la persuasión, la sugestión verbal, puede aumentar notablemente la eficacia de un medicamento. Con la palabra llegamos, a veces, donde no podemos llegar con el bisturí, radiaciones o fármacos"²².

Laín Entralgo (1987: 270-271), por su parte, sostiene que ya "en el epos homérico es posible recoger datos acerca del empleo de la palabra con un propósito curativo"; en la Grecia posthomérica es tan grande -sigue diciendo Laín Entralgo- "la importancia social de la palabra persuasiva, y se encuentra tan maravillosa la acción de ésta sobre el hombre en quien actúa, que los poetas y los pensadores comienzan a llamarla metafóricamente *epodé*, "ensalmo", y *thelkterion*, "hechizo"²³. Años más tarde, seguirá afirmando que "la palabra es siempre "sacra" para quien la pronuncia y "mágica" para quien la escucha"²³.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- AAVV (1996): *Los lenguajes especiales*. Comares. Granada.
- Almela Pérez, R. (1999): *Procedimientos de formación de palabras en español*. Ariel. Barcelona.
- Alpizar Castillo, R. (1982): *El lenguaje en la medicina. Usos y abusos*. Ed. Científico-técnica. La Habana.
- Balint, M. (1970): *Le Médecin, son malade et la maladie*. Payot, París.

21 El 6 de julio de 2003, en una entrevista al doctor Jose María Aroca, publicada en el periódico La Verdad, éste hacía referencia a la deshumanización de la medicina actual así como a la importancia curativa de la palabra; textualmente decía "Antes, la medicina que yo ejercía, y la que veía ejercer a mi padre, era mucho más humana en la relación médico-enfermos, más cordial. Decía Marañón que el mejor instrumento médico que hay para curar a un enfermo es la silla, hablar. Pero, cuando empecé, ya se imponía la técnica a la charla, y hoy la relación médico-enfermo es fría, deshumanizada".

22 Cfr. Ordoñez Gallego, A. (1994, 10).

23 *La relación médico-enfermo*. Capítulo III. 1ª edición 1964.

- Baylón, Chr. y X. Mignot (1996[1994]): *Comunicación*. Cátedra, Madrid.
- Castilla del Pino, C. (1979[1969]): *La incomunicación*. Ed. Península, Barcelona. 9^a edición.
- Collins (1988): *Diccionario español-inglés. Inglés-español*. Grijalbo, Barcelona.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas* (2001), Masson, Barcelona, 13^a edición.
- Herránz, G. (1983): "¿Por qué no escribir claro en medicina?", *Med. Clin.* 81, pp. 389-390.
- Jakobson, R. (1975[1974]): *Ensayos de lingüística general*. Seix Barral, Barcelona.
- Knapp, M.L. (1995[1980]): *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Paidós, Barcelona.
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1986[1971]): *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje*. Hachette, Buenos Aires.
- Labov, W. y D. Fanshel (1977): *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. Academic Press, Nueva York.
- Laín Entralgo, P. (1987 [1958]): *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Anthropos, Barcelona.
- (1983): *La relación médico-enfermo*. Alianza, Madrid. La primera edición en "Revista de Occidente", 1964.
- Martinet, A. (1968 [1960]): *Elementos de Lingüística General*. Gredos, Madrid.
- (1968 [1965]): *La lingüística sincrónica*. Gredos, Madrid.
- Martínez de Sousa, J. (1984): *Diccionario internacional de siglas y abreviaturas*. Pirámide, Madrid.
- Mirecki, G. (1995): *SOS. El libro de las abreviaturas y las siglas*. Playor, Madrid.
- Mishler, E.G. (1984): *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood. Ablex Publishing Corporation.
- Ordoñez Gallego, A. (1994): *Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades*. Noesis, Madrid.
- Payrató, L. (1998): *De profesión lingüista. Panorama de la lingüística aplicada*. Ariel, Barcelona.
- Poyatos, F. (1994): *La comunicación no verbal. I. Cultura, lenguaje y conversación*. Istmo, Madrid.
- (2002): *Nonverbal Communication across Disciplines*. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam. 3 volúmenes.
- Prieto, J.L. (1967 [1966]): *Mensajes y señales*. Seix Barral, Barcelona.