

La no comunicación en la interacción médico-paciente

Eulalia Hernández Sánchez (eulalia@um.es)

M. Isabel López Martínez (milopez@um.es)

Universidad de Murcia

En el siglo XXI la incomunicación es uno de los mayores males de los que adolece nuestra sociedad; si bien esta incomunicación se refleja en cualquier ámbito social, es en la interacción médico-paciente donde, siendo el buen entendimiento objetivamente imprescindible, numerosos elementos perturbadores, ya sean de tipo lingüístico (extranjerismos, tecnicismos, procedimientos lexicogénicos, dialectalismos ...) como extralingüísticos (nervios, miedo, preocupación ...) producen la ruptura comunicativa con una frecuencia estadísticamente muy elevada. En esta comunicación nosotras pretendemos dejar constancia de este hecho, analizando de manera pormenorizada el encuentro personal entre el médico y el enfermo en consultas de ambulatorios y centros de salud, fundamentalmente. La finalidad primordial que perseguimos con ello es ayudar a paliar el problema, alertando a los facultativos de este ámbito para que, tomando conciencia de esta incomunicación, sepan ponerse a la altura del enfermo y evitar la asimetría que, circunstancialmente, existe entre ellos.

En la actualidad la incomunicación es uno de los mayores males que padece nuestra sociedad; sin embargo, es algo que resulta paradójico, puesto que, a lo largo de los siglos, se ha venido constatando que la comunicación, y con ella el lenguaje como su modo plenario de expresión, constituye la herramienta principal que el ser humano posee no sólo para organizar la sociedad sino también para ganar una posición de dominio en su entorno.

La capacidad de comunicación nos es innata a todas las personas desde el mismo momento en que nacemos y nos acompañará a lo largo de nuestra vida; sin su poder no podríamos expresar los momentos cruciales que son los que dan sentido a la vida humana. No obstante, y a pesar de la importancia que desempeña tanto para nuestro desarrollo profesional como personal, por su cotidianeidad, no le damos la suficiente importancia y, como consecuencia, no potenciamos nuestras habilidades comunicativas. Si bien la buena comunicación es importante en cualquier contexto, existen algunos

específicos en que puede llegar a ser vital; nos referimos concretamente a los diálogos entre médicos y pacientes.

El problema que nos ocupa en estas páginas tiene su origen en el hecho de que, por desgracia, son demasiado frecuentes los casos en los que la comunicación interpersonal no se lleva a cabo de una manera eficaz, incluso cuando los participantes en el proceso comunicativo son de la misma zona geográfica y utilizan el mismo código. Factores de tipo sociodemográfico y culturales, entre otros, son los desencadenantes de la ruptura en ese acto comunicativo entre dos o más personas¹; en efecto, la comunicación entendida como lenguaje en situación, no se atiene exclusivamente a hechos estrictamente lingüísticos sino que debe tener en cuenta las circunstancias personales de los dialogantes y las referencias contextuales e intertextuales respecto a la situación física y cultural en la que se lleva a cabo.

Sin embargo sería conveniente, antes de adentrarnos más en detalles específicos, tener una idea clara sobre lo que denominamos ‘comunicación eficaz’; Prieto nos explica, con una claridad meridiana, las condiciones requeridas para que la comunicación tenga éxito; según este autor el receptor deberá comprender exactamente lo que el emisor quiere que éste comprenda y esto ocurrirá cuando “*el mensaje que el emisor se propone transmitir y que constituye para él el punto de partida del acto sémico, y el mensaje que el receptor atribuye a la señal y que constituye para él la conclusión de este acto, son uno y el mismo mensaje*” (1966:60). Estas palabras de Prieto significan la base ideal sobre la que los emisores actúan, unas veces conscientemente y otras no, para conseguir que sus mensajes sean o no comprendidos en base a múltiples intereses; en situaciones concretas se produce con frecuencia lo que Prieto denomina ‘mala comprensión’ y ‘ambigüedad’² que desencadenan la ruptura comunicativa.

La sociedad contemporánea sabe que esa ruptura se produce con demasiada frecuencia en cada uno de los diferentes contextos sociales,

¹ En este mismo sentido C. Kerbrat. Orecchioni (1986: 20) sostiene que junto a las competencias propiamente lingüísticas existen otras no lingüísticas que van a acentuar aún más las divergencias entre los participantes en el proceso comunicativo.

² Prieto (1966: 60-61) 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.

siendo la comunicación entre médico-paciente, como ya hemos apuntado, uno de los ámbitos en los que este fenómeno se da más asiduamente, a pesar de que sus consecuencias podrían causar efectos negativos en la salud de los individuos. No nos referimos aquí a los llamados ‘trastornos de la comunicación’ o ‘patologías del lenguaje’, sino a determinados elementos, tanto lingüísticos como extralingüísticos, generadores de ‘barreras comunicativas’ en este contexto definido. Tanto el uso de una jerga tecnológica específica como el interés por marcar la diferencia social que separa la élite intelectual del ciudadano común, producen un conflicto en el que colisionan mundos, conocimientos e intereses particulares y en los que prevalece, normalmente, el poder lingüístico institucional.

La terminología técnica y especializada que utiliza el médico en este tipo de conversaciones no sólo rompe el proceso de comprensión por parte del paciente, sino que también le intimida al marcar su prepotencia. Negri *et al.* (1998: 7-8) están de acuerdo en que el uso de los términos científicos y clínicos resultan confusos para los pacientes, por lo que hacen hincapié en que el lenguaje del médico sea llano, natural, sencillo, asequible y comprensible para el enfermo. Con objeto de dar fe de ello, los autores contrastan un mismo texto desde estas dos perspectivas:

“La gama de manifestaciones clínicas del cólera es amplia y abarca desde la infección subclínica hasta cólera grave, que puede causar la muerte en poco tiempo. Tras un periodo de incubación de 6 a 48 horas, se inicia abruptamente una diarrea acuosa, seguida a menudo de vómitos en las primeras etapas de la enfermedad. Los signos de enfermedad grave son cianosis, taquicardia, hipotensión y taquipnea. Los síntomas y signos de cólera se deben en su totalidad a la pérdida de una gran cantidad de líquido isotónico y al agotamiento resultante del líquido intravascular y extracelular, la acidosis metabólica y la hipopotasemia”.

“No todas las personas que se enferman de cólera reaccionan de igual modo. Algunas parecen tener una enfermedad leve, mientras que otras parecen enfermarse gravemente. Algunas personas incluso mueren pocas horas después de contraer cólera. Como los gérmenes del cólera se propagan en el plazo de 6 a 48 horas después que penetran en el organismo, el enfermo podría tener repentinamente una diarrea acuosa intensa. Muchos también tienen vómitos. Cuando el enfermo empeora, la piel se le vuelve azulada, comienza a respirar rápidamente, el corazón le late en forma muy acelerada y le baja la presión arterial. Todo esto ocurre porque el cuerpo ha perdido una gran cantidad de líquidos y minerales con la diarrea y los vómitos. El

cuerpo no puede sobrevivir cuando pierde una cantidad excesiva de líquidos y minerales”.

Nosotras podemos traer a colación, a título de ejemplo entre otros muchos, los siguientes casos que hemos constatado:

“Hay que realizarle una adrenalectomía”; (hay que realizarle la extirpación de la glándula renal).

“Por los síntomas que me ha referido, padece de tinitus”; (pitido en los oídos)...

“Señora, me temo que el tejido de su dedo está necrosado a la altura de la segunda falange y habrá que amputar”; (ante este diagnóstico, la señora dirige su mirada a la enfermera que se verá obligada a aclararle las palabras del médico).

El médico, por tanto, está obligado a no caer en esa pedantería de emplear continuamente su tecnolecto al dirigirse al paciente, mientras que, por el contrario, su uso sería adecuado para comunicarse con otros facultativos. A este respecto Labov y Fanshel (1977: 196) dicen:

“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 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”.

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”.

Otro elemento que distorsiona, así mismo, la relación comunicativa entre médico y paciente es el abuso innecesario de extranjerismos por parte del primero. Entre los más utilizados se encuentran: *by-pass* (del inglés ‘by pass’), *drenaje* (del francés ‘drainage’), *escáner* (del inglés ‘scanner’), etc. En este sentido Laín Entralgo (1987: 88) aconseja la traducción de cualquier extranjerismo:

“Hay, en fin, palabras extranjeras que perduran inmodificadas, como cuerpos extraños, en los senos del idioma habitual. Son como un reto a la dignidad intelectual y lingüística del hispanohablante. ¿Acaso no pueden ser decorosa y eficazmente traducidas?. ‘En mi diccionario no

existe la palabra intraducible', decía con gallardía hispánica Mariano de Cavia".

De la misma manera, es muy frecuente el uso de siglas y acrónimos³, que, si bien se dan sobre todo en informes médicos, no resulta extraño, porque podemos dar fe de ello, que el facultativo se dirija al paciente sirviéndose de frases constituidas casi exclusivamente por estos elementos lexicográficos; por ejemplo:

"Hágase un análisis de Glc, HDL y LDL"; (el facultativo debería haber dicho: análisis de glucosa, lipoproteínas de alta densidad y lipoproteínas de baja densidad).

"Padece un IRA"; (padece insuficiencia renal aguda).

"Padece de HTA"; (padece de hipertensión arterial)...

Pero, junto a todos estos recursos lingüísticos que dificultan el proceso comunicativo y que hacen que esa interacción médico-paciente no sea eficaz, hemos de hacer referencia a toda una serie de formas paralingüísticas⁴ y de situaciones, muy frecuentes en los ambulatorios, que, de la misma manera, levantan barreras en la comunicación. Pittenger *et al.* (1981) han estudiado minuciosamente la importancia de estos elementos en los primeros minutos del diálogo entre médico y paciente; según estos autores:

"1º Junto a los hábitos verbales de la comunicación (las palabras) hay en ésta el mundo de los hábitos paraverbales, en cuya emisión y configuración tienen parte el medio social en que se ha formado el sujeto, la personalidad de éste y la particular situación en que se habla. 2º Las expresiones sonoras paraverbales son unas veces voluntarias y otras involuntarias, y manifiestan la situación emocional del sujeto, tanto respecto del tema por él tratado como en relación con la persona a que entonces se está hablando. 3º La relación entre el médico y el enfermo está en todo momento condicionada por las experiencias previas de cada uno de los interlocutores en otras situaciones análogas. 4º Los modos de la relación entre médico y enfermo hoy tópicamente llamados 'transferencias' y 'contratransferencias' se establecen de ordinario muy rápidamente, ya en los cinco primeros minutos de la entrevista clínica, y así lo demuestra la observación de los hábitos paraverbales,

³ Para un estudio pormenorizado sobre el uso de estos elementos, cf. Hernández Sánchez y López Martínez (en prensa).

⁴ Entendemos aquí por 'paralingüístico' todos aquellos elementos fonéticos que no dan lugar a palabras pero que surgen en una conversación; por ejemplo, suspiros, exclamaciones, arrastre de consonantes, repeticiones de sílabas, etc.

cuando éstos son metódicamente convertidos por el explorador de sonidos en señales”.

Evidentemente en estos diálogos se profieren toda una serie de suspiros, exclamaciones, arrastres de fonemas –vocálicos y consonánticos-, pausas, etc. que ponen de manifiesto el estado emocional del paciente y que deberá tener muy en cuenta el facultativo para la total comprensión del mensaje que el enfermo desea transmitirle. A este respecto es significativo el ejemplo extraído de González Baron *et al.* (2002: 68 y ss.):

“Ana: o sea que. Y luego pues nada, fuimos a los sitios, ella estuvo en casa y estaba, bueno pues relativamente bien. Luego ya tenía tema ese anímico, volvió otra vez a decaer de la depresión. Porque no se veía recuperada del todo, ella quería hacer cosas en casa y no podía.

Félix: porque el: el : el problema de : el el sistema digestivo le afecta bastante en términos de dolores y tal?.

Ana: Bueno ella ha tenido varias fases, primero a la salida del hospital le empezaron a dar una medicación a base de adolonta. que es un: (Félix: mh) as. pastillas. y al principio le calmaron el dolor. (Félix: mh) Después tuvo puntos de dolor fuertes. y entonces mh cuando se cayó, se cayó y se rompió la: la cadera.”

No debemos olvidar que estamos ante un proceso interactivo entre dos personas y que dicho proceso ha de ser bidireccional y equilibrado; es decir, que dicha actividad comunicativa se ha de llevar a cabo tanto por parte del médico como del paciente y siempre a un mismo nivel. La posible distancia social (educación, situación económica, edad, raza, sexo, etc.) no tendría que obstaculizar la buena comunicación; los médicos deberán esforzarse por superar cualquier diferencia que exista entre ambos. En este sentido son muchos los ejemplos⁵ que podemos traer a colación; entre ellos el de una anciana de 74 años que, por su diferencia de edad con el médico y el uso de expresiones vulgares desencadenan la incomunicación entre ambos, cuando ella

... quiso decir que padecía prurito vulvar, explicó que tenía desazón en el empeine y cuando se refirió a unos episodios de epistaxis⁶

⁵ Los casos que nos sirven de referencia los hemos obtenido gracias a la amabilidad de amigos que se encuentran trabajando en diversos centros sanitarios, fundamentalmente, en centros de salud y ambulatorios; personas que, incluso, en ocasiones nos han proporcionado anécdotas muy significativas que tenían recopiladas por escrito.

⁶ *Diccionario terminológico de ciencias médicas* (2001): “Hemorragia por las fosas nasales” (p. 421).

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, pirosis⁷, disnea⁸, 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.

El ejemplo siguiente, en el que la ruptura comunicativa se produce por causas similares al anterior, lo remarcamos con el fin de dejar constancia de la alta frecuencia estadística con que aparecen estos casos en los ambulatorios y centros de salud:

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 “análisis 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

⁷ Op. cit.: “Ardor que sube del estómago a la faringe...” (p. 970).

⁸ Op. cit.: “Dificultad en la respiración” (p. 357).

ambulancia, que la última vez que fuimos por lo de ella al “Chicriata” (por psiquiatra) al volver al pueblo perdimos el autobús.

Haciendo hincapié en el mismo fenómeno podemos citar lo que le ocurrió a un médico 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”.

En este proceso interactivo, otro elemento a tener en cuenta para evitar esa no comunicación es la actitud que debe adoptar el médico a la hora de emitir al paciente su diagnóstico. El facultativo deberá incidir en lo positivo, nunca en lo negativo, y, si a lo largo de la enfermedad hay un proceso degenerativo, deberá, con excesiva sensibilidad y delicadeza, ir preparando progresivamente al paciente para que se pueda adaptar y asimilar, en la medida que le sea posible, los problemas que vayan surgiendo. La brusquedad informativa del facultativo produciría, sin duda, en el enfermo un grado de ansiedad añadido que le podría llevar a un bloqueo mental que le impida la inteligibilidad de las palabras del médico y, consecuentemente, experimentar una respuesta física excesivamente negativa; en este sentido consideramos contundentes tanto las palabras de Ordoñez 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 un 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'".

como las 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".

Pero no sólo deberá resaltar lo positivo, sino que además es aconsejable que evite las denominadas palabras tabúes⁹; palabras, valga la redundancia, que no se tendrían que pronunciar ante el paciente porque tiene miedo a ese vocablo por su identificación cruda con la realidad; por ejemplo, 'cáncer', 'trombosis', 'infarto', 'bulto' (esta última el enfermo la interpreta como sinónimo de cáncer), etc. En estos casos, el médico deberá buscar fórmulas alternativas sin necesidad de recurrir a esos vocablos¹⁰, puesto que el efecto que una simple palabra provoca en el paciente puede causar reacciones, en algunos casos, muy significativas. En definitiva, estas reflexiones nos inducen a hacer hincapié en la necesidad de servirse de la "palabra adecuada" en el ámbito de la medicina. Se ha 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 no experto en este tipo de comunicación, precisaron esos medicamentos para

⁹ 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: 256-259).

¹⁰ A este respecto es muy esclarecedor el libro de S. Sontag (1996): *La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas*. Taurus, Madrid.

sentirse mejor¹¹. Por otro lado, el doctor González Barón (1994: 10), 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”.

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 thelkeríon, “hechizo”*”. Años más tarde (1983: cap. III), seguirá afirmando que “*la palabra es siempre “sacra” para quien la pronuncia y “mágica” para quien la escucha*”.

No obstante, en esta relación médico paciente, las palabras expresan solamente una parte del mensaje que se transmite; los gestos, el tono, el silencio, etc. transmiten el resto porque en la interacción cotidiana real los sistemas verbal y no verbal son interdependientes. En este sentido, Birdwhistell¹² señala que en una conversación normal de dos personas, los componentes verbales suman menos del 35% del significado social de la situación, mientras que más del 65% del significado social queda del lado de lo no verbal. Por su parte y en la misma línea, 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*

¹¹ 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*”.

¹² La referencia ha sido tomada de Knapp (1995: 33).

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””.

Todas estas evidencias nos hacen reflexionar sobre lo que podría ser el acto comunicativo eficaz que, no sólo, consiguiera una total comprensión por parte de los participantes en este tipo de relaciones, sino que también evitara añadir dificultades a una situación que ya de por sí es embarazosa: por un lado, creemos que el paciente tendría que proporcionar la suficiente información sobre los síntomas que padece, de manera clara y concreta, con objeto de que el facultativo pueda realizar un diagnóstico exacto; por otro lado, el médico, una vez explicado el diagnóstico de la manera más asequible para el enfermo, seleccionará el tratamiento adecuado y se lo prescribirá de forma amable y sin que no exista duda alguna a la hora de su administración, a fin de que el paciente comprenda bien y, consecuentemente, siga el curso de acción de forma correcta; porque si la función del médico consiste en restablecer la calidad de vida de los pacientes, no bastará con pretender demostrar a su interlocutor un elevado profesionalismo, sino que será, incluso más eficaz, preocuparse por la realidad de éstos como seres humanos; Rubio *et al.* (1998: 23) afirman que el mejor médico será aquél que “*presta atención al paciente y se muestra receptivo a la información que éste ofrece, además de brindar una información inteligible al paciente*”. Todo ello será posible siempre que el diálogo entre ambos se lleve a cabo de manera distendida, tomándose el tiempo que requiera cada situación y evitando, como hemos dicho anteriormente, añadir negatividad a estos contextos.

Sin embargo, y a pesar de que de manera general se reconoce la importancia de este tipo de diálogo, en nuestra sociedad no siempre se le da la relevancia necesaria a la formación comunicativa de los médicos. Por otro lado somos conscientes de que en esta sociedad, en la que tanta importancia se da a la necesidad de reducir los gastos, la mejora de la comunicación interpersonal entre médico-paciente, no sólo beneficiaría a ambos, sino que también repercutiría en la administración de la sanidad pública.

Referencias bibliográficas

- 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.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

- Baylón, Christian. y Xavier. Mignot (1996[1994]): *Comunicación*. Cátedra, Madrid.
- Benveniste, Emile (1993[1974]): *Problemas de lingüística general II, Siglo XXI*, Madrid.
- Castilla del Pino, Carlos (1979[1969]): *La incomunicación*. Ed. Península, Barcelona. 9^a edición.
- Diccionario terminológico de ciencias médicas* (2001), Masson, Barcelona, 13^a edición.
- González Barón, Manuel., Félix. Díaz Martínez y Amalio. Ordoñez Gallego (2002): *La relación médico-paciente en oncología*. Ars Medica. Barcelona.
- Hernández Sánchez, Eulalia y M^a Isabel López Marínez (en prensa): “ Uso y abuso de siglas y acrónimos en el lenguaje de la medicina”, *Actas del VI Congreso Nacional de Lingüística General*. Santiago de Compostela, 2004.
- Herránz, G. (1983): “¿Por qué no escribir claro en medicina?”, *Med. Clin.*81, pp. 389.390.
- Jakobson, Roman. (1975[1974]): *Ensayos de lingüística general*. Seix Barral, Barcelona.
- Knapp, Mark L. (1995[1980]): *La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno*. Paidós, Barcelona.
- Kerbrat-Orecchioni, Catherine. (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, Pedro. (1987 [1958]): *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Anthropos. Barcelona.
- (1983[1964]): *La relación médico-enfermo*. Alianza. Madrid.
- Martinet, André. (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.
- Mishler, E.G. (1984): *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Norwood. Ablex Publishing Corporation.
- Negri, Bérengère de, Lori DiPrete Brown, Orlando Hernández, Julia Rosenbaum y Debra Roter (1998): *Cómo mejorar la comunicación interpersonal entre proveedores de salud y clientes*. Center for Human Services.
- Ordoñez Gallego, A. (1994): *Lenguaje médico. Modismos, tópicos y curiosidades*. Noesis. Madrid.
- Payrató, Luis (1998): *De profesión lingüista. Panorama de la lingüística aplicada*. Ariel. Barcelona.
- Pittenger, R.E., J. Danehy y CH. F. Kockett (1981): *The first five minutes. A sample of microscopic interview analysis*. Paul Martineau.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.

Eulalia HERNÁNDEZ y M^a Isabel LÓPEZ
La no comunicación en la interacción médico-paciente

- Poyatos, Fernando. (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, Jose.Luis (1967 [1966]): *Mensajes y señales*. Seix Barral, Barcelona.
- Ribeiro, Lair (2006): *La comunicación inteligente*, Planeta, Barcelona.
- Rubio Herrero, R., J. L. Cabezas Casado, M. Aleixandre Rico y C. Fernández Jiménez (1998): *Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación tripartita: profesional de la salud, paciente y familiares*. Index de enfermería.
- Wodak, Ruth (1996): *Disorders of discourse*. Longman, Londres.

Beatriz Gallardo, Carlos Hernández y Verónica Moreno (Eds): *Lingüística clínica y neuropsicología cognitiva. Actas del Primer Congreso Nacional de Lingüística Clínica. Vol 3. Lingüística interaccional en ámbitos de salud*, coord. por B. Gallardo y E. Serra. Valencia: Universitat. ISBN: 84-370-6576-3.