

## Importancia del lenguaje en la relación entre médico y enfermo

José Ignacio de Arana Amurrio\*

El lenguaje científico, el nuestro y cualquier otro, se ha convertido, con el tiempo y el uso, en una jerga, algo que el diccionario académico define como «lenguaje especial utilizado originalmente con propósitos crípticos por determinados grupos, que a veces se extiende al uso general». Para Lázaro Carreter, jerga es «una lengua especial de un grupo social diferenciado, usada por sus hablantes solo en cuanto miembros de ese grupo social. Fuera de él hablan la lengua general».

La relación del lenguaje médico con el paciente durante la asistencia podríamos compararla con la del lenguaje jurídico. El abogado, el juez, utilizan un lenguaje jurídico y forense que en muchas ocasiones nos resulta ininteligible, y eso que somos profesionales con estudios superiores. La diferencia fundamental es que los juristas, de alguna manera, están  *juzgando*  nuestra actuación según unos criterios de derecho positivo, es decir, según las leyes. Pero los médicos no juzgamos; nuestra labor es la de ayudar a quien se pone en nuestras manos o ante nosotros. Piénsese en ese aforismo que dice que la acción del médico es «curar, a veces; aliviar, a menudo; y consolar, siempre». ¿Consolaríamos con una retahíla de términos científicos por muy ajustados que fuesen a la realidad del paciente? Por tanto, nuestro lenguaje tiene muchas veces que descender desde el Olimpo de la ciencia a lo coloquial, a lo que una persona con deseo de ayudar diría a otra que le pide ayuda. Esto exige un esfuerzo, pero es absolutamente necesario para cumplir nuestra principal obligación y el sustrato íntimo de nuestra vocación de médicos.

El médico tiene su campo de actuación principal en el contacto directo con los seres humanos. Aunque la medicina moderna prodigue los grandes centros sanitarios o promueva la formación de equipos de atención, la profesión médica adquiere sentido en el encuentro personal, íntimo, transido de confianza, entre el médico y su paciente. El enfermo que requiere y exige las prestaciones que hoy le puede proporcionar el ultratecnificado mundo sanitario busca también ese diálogo entre persona y persona, a solas, durante el cual puede descargar sus vivencias, su alma, sobre los sentidos y el alma de  *su*  médico. Los métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, aunque en ocasiones ocupen un aparente primer puesto por su deslumbrante aparatosidad y su prestigio de innovación científica, no serán nunca sino meros auxiliares de aquel diálogo.

La consulta es, muy habitualmente, el diálogo entre un científico y alguien que no lo es, y con la necesidad imperiosa de que ambos se entiendan. Como todo diálogo, es de ida y vuelta, o sea, que el paciente debe comprender lo que le decimos, pero, de igual modo, el médico debe entender lo

que el paciente dice y aun lo que quisiera decir y quizá no sabe expresar. Especialmente importante es el momento del diagnóstico. El paciente ya no se conforma con un nombre más o menos técnico o científico para su dolencia. Hay que explicarle en qué consiste esa enfermedad, cómo se ha podido llegar a ella, qué evolución es esperable, y cuáles son los procedimientos que vamos a utilizar para solucionarla o, al menos, aliviarla. Pero lo más difícil es el pronóstico y, sin embargo, es lo que más interesa al paciente y a sus allegados. En ese punto es cuando el lenguaje ha de ser más medido y claro.

Muchas veces será necesario que algunos de los términos utilizados en la consulta los expliquemos detalladamente e incluso que los escribamos. ¿Por qué? Pues porque seguro que el paciente, según salga, los va a contrastar con otras personas o con los asesores por excelencia de nuestros días: el doctor Google y la doctora Wikipedia. Por lo menos, que lo haga con las palabras correctas si no queremos que se le cree todavía más confusión. Hay que evitar el uso de palabras o expresiones de doble sentido, los juegos de palabras, así como las metáforas que requieran para su comprensión un nivel intelectual que quizá no posee el paciente o que, aun teniéndolo, no está en esos momentos en condiciones de poner en funcionamiento por el estado de nerviosismo y de bloqueo intelectual que suponen la angustia de la enfermedad y la consulta en sí misma. Es importante recordar la frase de Einstein: «Si tu intención es describir la verdad, hazlo con sencillez y la elegancia déjasela al sastre».

Cada especialidad médica puede aducir peculiaridades en la desenvolvura de su actividad que la diferenciarán de otras ramas de nuestra profesión. No se trata tanto de conocimientos específicos de uno u otro sistema orgánico o del uso de métodos y técnicas especiales para el diagnóstico o el tratamiento de sus respectivas patologías como de lo particular del grupo de pacientes a quienes va dirigida su atención. La enfermedad puede, y de hecho lo hace a menudo, distinguir notablemente a unos pacientes de otros en su relación con el médico: su actitud, su sinceridad a la hora de comentar su dolencia y sus antecedentes, su aceptación y seguimiento de la terapéutica indicada... y su lenguaje, así como el que el médico debe utilizar para la consulta; un lenguaje verbal por lo común, escrito a veces, pero también lenguaje corporal por una parte y la otra, que en no pocas ocasiones resulta muy importante en ambos sentidos. ¿Existe un lenguaje no verbal científico? En medicina, probablemente sí. El médico puede señalar sobre el cuerpo del paciente alguna peculiaridad de su diagnóstico; en otras ocasiones la actitud corporal del propio

\* Doctor en Medicina, especialista en Pediatría, miembro de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas. Dirección para correspondencia: [aranamedico@yahoo.es](mailto:aranamedico@yahoo.es).

médico indica a aquel su real preocupación o serenidad ante la situación clínica, algo por lo que se interroga también sin palabras el enfermo; por último, pero de la máxima importancia, el contacto físico del médico puede llegar a tener una acción casi taumatúrgica.

Y no digamos por parte del paciente. Su lenguaje no verbal forma parte esencial de su forma de comunicación con nosotros: un gesto de dolor; una actitud retraída o abierta durante la consulta; una mirada huidiza suya o de quien le acompaña ante una pregunta de la anamnesis, que revela que hemos tocado un punto especialmente sensible de su historia clínica en el que su respuesta verbal deberá ser admitida con duda y recelo por el médico; o, por el contrario, la mirada entregada de quien confía ciegamente en nuestra opinión.

Los informes clínicos quizá se redactan pensando que quien los va a leer es otro profesional sanitario, pero también lo hará el propio paciente y pensando en eso habrá que tener un esmerado cuidado en algunos comentarios y opiniones que pongamos en ellos, por supuesto en los pronósticos si son negativos. Y asimismo evitar esas largas y prolijas series de siglas, a veces muy restringidas a una especialidad y hasta ininteligibles para el médico receptor si pertenece a otra.

Una forma de acceso de los pacientes a los conceptos y a la terminología médica es la lectura de los numerosos suplementos periodísticos dedicados a temas de salud que acompañan a la prensa y cada vez más a los medios audiovisuales. Ese periodismo sanitario hace mucho daño si no está extraordinariamente bien medido y expuesto, pues crea en los usuarios una medicalización de su vida cotidiana, además de una creciente y desahogada exigencia de atenciones médicas innecesarias. En general, los redactores de ese tipo de prensa son periodistas con una quizá benemérita afición por los asuntos médicos, pero sin bagaje de auténticos y rigurosos conocimientos de nuestra profesión, lo que les lleva no pocas veces a dejarse tentar por un titular o una entradilla llamativos que luego no se corresponden con el cuerpo del texto.

Y qué decir de otro medio a través del cual llega el lenguaje científico al común de las gentes: las series televisivas. Ahí

en muchas ocasiones se desborda la imaginación del guionista y los diálogos se transforman en largas peroratas de terminología científica que además, muchas veces, se demuestra exagerada o directamente falseada. Auténticos disparates que lanzados a través de ese medio se convierten para el espectador en artículo de fe científica y que luego esperan escuchar en boca de su médico.

¿Qué falta por hacer? Para esta pregunta solo cabe una respuesta: educación. Educación de los médicos dentro del *currículum* de la carrera sobre el uso correcto del lenguaje y también sobre las palabras que el habla común utiliza para designar nuestra terminología. Esta labor no es una asignatura como tal, no podría seguramente serlo, sino que en cada una de las materias que se explican al estudiante se debería aludir a ese lenguaje popular con el que se van a encontrar nada más obtener el título universitario. Y, como ya dijimos que la relación médico-enfermo es bidireccional, no estaría de sobra que se enseñara algo de lenguaje científico correcto en las tribunas donde va a inspirarse el habla de los no profesionales: prensa, medios audiovisuales.

Hay que comprender, sin embargo, que la primera parte de este propósito es más sencilla de llevar a efecto. Para los potenciales pacientes la cosa es más complicada. El conflicto seguirá presente y, si alguien tiene que ceder, habremos de ser nosotros. Para ello se deberá actuar con simpatía, en el sentido etimológico de este vocablo.

En la práctica de la medicina basada en la evidencia no hay o no suele haber publicaciones que hagan referencia a aspectos del trato humano con el paciente. Por eso es muy importante que el médico joven se forme con otro experimentado que le pueda aportar esa faceta del ejercicio profesional que llamaríamos medicina basada en la experiencia, y en la que tiene un papel importante el uso del lenguaje. Si estamos de acuerdo en que cada enfermo atendido, por ser distinto del anterior y del siguiente, constituye una enseñanza, deberemos recoger esta en su totalidad y ahí se incluye el uso y las formas que al idioma imprime la enfermedad y el hecho de estar enfermo.

