

Lenguaje y comunicación del médico con el paciente: revisión sistemática

Physician-patient language and communication: systematic review

Mabelle Díaz¹  Karla Alvizu¹  Glenda Dávila¹  Saliant Silva¹  Liliana Lessire²  Luis A. Díaz² 

RESUMEN

Objetivo: Analizar el estado del arte de los hallazgos investigativos en cuanto al lenguaje y la comunicación médica con el paciente en los servicios de salud. **Materiales y métodos:** Siguiendo las indicaciones del Manual Cochrane, la Declaración PRISMA y las indicaciones de los instrumentos CASPe, una revisión sistemática de literatura científica en español, proveniente de datos e información electrónica en base SciELO y Google Académico, se llevó a cabo. Se combinaron los descriptores “lenguaje”, “comunicación”, “médico”, “paciente”, totalizando la inclusión de 9 artículos del periodo 2004 al 2021. **Resultados:** La evidencia revisada arrojó 7 ejes temáticos, entre ellos: a) Recursos y tecnología modernos inversamente proporcionales al lenguaje y comunicación efectivos del médico con el paciente (MceP), b) Dificultades procedentes del lenguaje y la comunicación del médico, c) Invisibilización científico-formativa del lenguaje y la comunicación del MceP en el ámbito hispanoparlante y d) Deficiencias y resultados adversos debido a un negativo binomio lenguaje y comunicación del MceP. **Conclusiones:** El médico proyecta desde su lenguaje una serie de dificultades que el paciente percibe de modo negativo y que le restan su comprensión, tales como muchos tecnicismos, abreviaturas, acrónimos, epónimos, anglicismos, términos grecolatinos y especializados, e indecifrabla escritura. Para que el lenguaje del médico sea efectivo deben existir apropiados fundamentos para que el paciente alcance una mutua amistad, confianza y comprensión.

DeCS: Lenguaje, comunicación, médico, paciente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the state of art on research findings on the topic related to medical language and communication with the patient in health services. **Material and methods:** Following the Cochrane Manual, The PRISMA Statement and CASPe instruments recommendations, a systematic scientific literature review in spanish, from data and electronic information SciELO and Google Académico-based, was carried out. Descriptors “language”, “communication”, “physician”, “patient” were combined, for a total of 9 articles found eligible to be included for the period 2004 to 2021. **Results:** The reviewed evidence supported 7 thematic axes, among them: a) Modern resources and technology proportionally inverse to the effective physician and patient (PaP) language and communication, b) Difficulties as a result of the physician language and communication, c) Scientific and educational invisibility in the field of the PaP language and communication in the Spanishspeaking world and, d) Deficiencies and side effects because of a negative binomial PaP language and communication. **Conclusions:** The physician projects from his/her language a range of difficulties that is perceived by the patient in a negative light and, in turn, lessens understanding, such as: a lot of technical terms, English and Graeco-Latin origin terms, abbreviations, acronyms, eponymous, and indecipherable handwriting. To make medical language effective there must be proper fundamentals, so that the patient experience a closer friendship, trust and understanding.

MeSH: Language, communication, physician, patient.

INTRODUCCIÓN

Lenguaje y comunicación refieren a dos vocablos distintos e interdependientes (1). Se denomina lenguaje (del occitano *lenguatge*) a la facultad que tiene cada ser humano de expresarse y comunicarse con los demás a través del sonido articulado o de otros sistemas de signos. Por ello se habla de lenguaje culto, grosero, sencillo, técnico, forense o vulgar (2); es el estilo y el modo de hablar y de escribir de cada persona en particular.(3)

Mientras que comunicación (del latín *communicatio*, -ōnis) es la acción y efecto de comunicar o comunicarse entre dos o más personas. La comunicación es un proceso fundamental en las relaciones entre los seres humanos. El lenguaje que éstos han elaborado tiene una base simbólica que implica la sustitución que operan los signos en el sistema, y la capacidad de comunicación que tienen está asociada a su naturaleza social. Además, en muchos casos son

¹Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina, Sede Carabobo. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

²Departamento de Salud Pública, Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.

Autor de correspondencia: Mabelle Díaz 

E-mail: mabelessire@gmail.com

Recibido: 30-10-2021

Aprobado: 07-12-2022

transferibles al lenguaje articulado, entendido éste como un conjunto de signos que pueden componer palabras o frases (4). El lenguaje verbal puede ser oral y escrito, mientras que el no verbal se refiere a gestos, expresión facial y corporal, entre otros.

Desde la narración bíblica de la Torre de Babel y el desorden y separación social por las lenguas extrañas que tuvieron que enfrentar hasta la actualidad, en donde un extranjero con su lenguaje puede verse imposibilitado de lograr la comunicación para expresar sus deseos y necesidades vitales, el lenguaje ha formado parte de la historia de las naciones, sus auge y también sus caídas. Puede creerse que la incomunicación sólo puede darse entre seres humanos con lenguas extranjeras diferentes, sin embargo, ésta puede darse entre seres con el mismo lenguaje, a razón de que al comunicarse no se da la comprensión necesaria en su acción comunicativa. La comprensión que se da a través del lenguaje es un principio fundamental en todos nuestros procesos vitales sociales.

Para un profesional en cualquier disciplina, sin duda, se aplica este mismo principio. En el caso de los médicos, el lenguaje es un elemento irremplazable de su accionar personal y terapéutico. En su relación con los pacientes y sus acompañantes es esencial un lenguaje que durante el encuentro inicial y durante el proceso provea confianza. Como ciencia, la medicina exige un lenguaje riguroso, pleno de terminología nueva derivada de los avances tecnológicos y científicos que suceden con tal rapidez que resulta inevitable la introducción constante de tecnicismos. Ya para el año 1995, el lenguaje médico presentaba unos 300.000 vocablos; cuatro veces más que los 83.000 que aparecían en el Diccionario de la Real Academia Española para ese momento.(5)

El buen uso de tal lenguaje es necesario, pues lo contrario puede conllevar a errores e imprecisiones en el significado de lo que se desea informar. Ese lenguaje, por supuesto, pasa a ser también la principal fuente de información, no sólo entre médicos y personal de salud, sino para los pacientes y el público en general (4). La gran pregunta sería cómo logra el médico comunicar información a sus pacientes, los cuales, usualmente, no conocen en su totalidad el lenguaje científico médico, y que para el paciente tal comprensión de lo comunicado por su médico tratante es de vital importancia.

Tal como lo expresa la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que la atención esté centrada en el paciente, los profesionales deben contar con aptitudes de comunicación que le permitan obtener información desde el punto de vista de éstos, generar confianza en la confidencialidad de la relación y ajustarse al nivel de comprensión de cada uno de ellos (6). Y lo anterior no es un conocimiento que se hace competencia rápidamente o a través de la lectura de un texto. Se debe recordar que el conocimiento médico, por tanto el de los textos de estudio, alcanza su obsolescencia en un alto grafo cada diez años. (7)

Una buena relación médico y paciente son aspectos inherentes resultantes de un adecuado lenguaje y comunicación que beneficia a ambos. Asimismo, el sistema de salud se beneficia porque disminuye la estancia hospitalaria, genera un menor número de referencias e interconsultas y aminora los costos al promover un enfoque preventivo de la salud (8,9). Sin duda, una buena comunicación comporta un buen uso del lenguaje, y más aun, en la información que desea el médico transmitirle al paciente; consciente que el otro -el paciente- o su familiar necesariamente, y en su mayor parte, no conoce tal lenguaje.

La práctica de la medicina no está nunca separada del lenguaje. Un examen médico, la descripción de una enfermedad y de sus síntomas, las indicaciones para la utilización de medicamentos, dependen, categóricamente, del lenguaje (10). Es decir, tanto el lenguaje verbal como no verbal son elementos centrales en la atención médica de un paciente. Pero para lograr efectivamente lo prenombrado a través de la comunicación, el lenguaje debe ser en cierto modo común para ambos.

Se entiende por lenguaje natural o común, el lenguaje que utilizan las distintas colectividades de una sociedad en su vida cotidiana. El lenguaje de especialidad o especializado, por su parte, es el conjunto de recursos lingüísticos utilizados en un campo comunicativo especializado para garantizar la comprensión entre las personas que trabajan en tal campo (11). Sin embargo, un paciente o la mayoría de pacientes no son médicos ni tampoco pertenecen al referido campo. Además, en la cotidianidad, históricamente el médico ha dado mayor énfasis a su lenguaje especializado y, a su vez, ha observado con desconfianza el lenguaje natural o coloquial utilizado por el paciente como elemento para producir sentido a su malestar o enfermedad a la hora de transmitirlo al médico.

El lenguaje puede, por ende, producir tanto comunicación como incomunicación. Algunas veces es la mala interpretación que el paciente hace del lenguaje médico usado para dar la información lo que conlleva a equívocos e incompreensión de los actos que de ésta resulten; otras, es el lenguaje popular y tradicional el que puede poner en aprietos una impecable actuación médica; en algunas ocasiones, la trampa es más difícil de detectar, porque reside no ya en las palabras sino en el sentido con el que éstas se interpretan. (12)

Con todo, el médico debe conversar y hacerse receptivo desde lo que está informando tanto verbal como no verbalmente, demostrar interés en la otra persona, en lo que le está pasando y lo que siente; todo como fundamento de una comunicación empática, lo cual determinará la relación entre él y el enfermo (13). Sin embargo, hay casos en que la confianza entre éstos se ve alterada cuando el primero brinda poca información a sus pacientes y lo hace empleando un lenguaje técnico que ellos poco entienden, generando dudas, que serán solventadas en muchos casos

por personas poco capacitadas en la práctica médica como son los que venden los medicamentos en las farmacias, que aunque no cuentan con el conocimiento, sí se muestran dispuestos y con tiempo de escuchar a sus usuarios (14), y de descifrar al menos el lenguaje escrito expuesto en la información dada en los récipes y ordenes médicas, por ejemplo.

La comunicación del paciente con el médico también representa un problema. Si bien los médicos por tener cierto nivel de educación pueden desenvolverse de una manera un poco más óptima, muchas veces se ven obligados a descifrar de alguna manera lo que el paciente trata y no logra comunicar de una manera comprensible a través de su lenguaje, se trate de un modismo, o simplemente porque su jerga coloquial no se encuentra dentro del vocablo del médico. Entonces, el interrogatorio debe ser guiado y con un poco de paciencia para poder de alguna manera obtener las respuestas para completar la información requerida y que sólo puede administrar el paciente o en su defecto un familiar o acompañante.

Es pertinente mencionar que un sistema de lenguaje es una estructura de interacción diversificada en la que cada miembro de la comunidad desempeña un papel diferente. Es una estructura de relaciones, y la posición de cada miembro de la comunidad es un aspecto importante a considerar en el proceso de individualización, en la constitución de los individuos como individuos. Somos lo que somos a partir de las relaciones que tejemos con los demás, y la forma en que damos un sentido a nuestras vidas es obviamente lingüística.(15)

Hablamos que tejemos relaciones lingüísticas en busca de sentido y de que la comunicación va más allá de las palabras. Es un fenómeno que engloba no sólo lo que decimos, sino además la forma en la que expresamos nuestras palabras e incluso los gestos que tenemos en momentos determinados. En nuestras vivencias y experiencias hemos observado que algunos médicos dan información con un lenguaje demasiado técnico, al punto que los pacientes atendidos muestran incompreensión de lo que les están comunicando. En algunos casos se tornan molestos por no haber comprendido lo que ocurría y les “deseaba transmitir” el médico tratante. Hemos observado también que algunos pacientes no se han sentido en la posibilidad de preguntar: ¿Qué significa lo que está diciendo? Quizá esto se deba a vergüenza pero se observa que se cohiben de hacer preguntas que para el médico podrían ser obvias, pero para las personas que no cuentan con ese grado de instrucción o un enfoque en una rama de ciencias de la salud no es tan fácil.

En base a todo lo anterior el objetivo fue analizar el estado del arte de los hallazgos investigativos en cuanto al lenguaje y la comunicación médica con el paciente en los servicios de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión sistemática siguiendo las indicaciones del Manual Cochrane (16), las recomendaciones del informe PRISMA (17) y los criterios propuestos por Torres y Lopez (18) para la publicación de artículos referidos a este tipo de estudio.. Se efectuó una búsqueda en revistas científicas en español provenientes de datos e información electrónica en base SciELO y Google Académico. Para la búsqueda de la literatura científica se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (19): “lenguaje”, “comunicación”, “médico”, “paciente”, siempre que tuviese presencia categorica el binomio *lenguaje y comunicación*. “Médico” no aparecía entre los DeCS, por lo que se cambió al idioma inglés la búsqueda originando así, desde su traducción, su definición y sinónimos en español, siendo el descriptor más concordante “*physician*”; todo lo anterior se observa en la Tabla 1.

Tabla 1. Descriptores en Ciencias de la Salud, definiciones y sinónimos.

Descriptores	Definición del descriptor	Sinónimos
Lenguaje	Un medio, verbal o no verbal, de comunicar ideas o sentimientos. Nota de Indización: Lo que se habla o se escribe; no confunda con lingüística.	Dialecto Familia Lingüística Parentesco Lingüístico
Comunicación	El intercambio o transmisión de ideas, actitudes o creencias entre individuos o grupos.	Comunicación Educativa Comunicación Educativa Comunicación Personal Educación Comunicativa
Médico	Persona licenciada (autorizada) para ejercer la medicina.	Aparece el mismo
Paciente	Individuos que participan en el sistema de atención de salud con el fin de recibir procedimientos terapéuticos, de diagnóstico, o preventivos.	Cliente Enferma Enfermo

Finalmente, la búsqueda sistemática se realizó utilizando las combinaciones de descriptores antes mencionados. La cadena de búsqueda utilizada en cada una de las bases de datos consultadas se presenta como sigue en la tabla 2.

Tabla 2. Cadena de búsqueda utilizada en las bases de datos.

Base de datos	Cadena de búsqueda
SciELO	“lenguaje” Y/O “comunicación” Y/O “médico” Y/O “paciente” Y/O combinaciones.
Google Académico	“lenguaje” Y/O “comunicación” Y/O “médico” Y/O “paciente” Y/O combinaciones.

En cuanto a los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta publicaciones que mostraran la evidencia científica enfocada en el lenguaje y la comunicación del médico con el paciente, sin importar el enfoque de pensamiento o la metodología utilizada; dentro del rango de tiempo comprendido entre 2004 y 2021. Inicialmente se acordó limitar el rango a sólo cinco años en regresión desde 2021, sin embargo, el periodo se extendió al presentarse poca publicación en la temática en cuestión. Para los criterios de exclusión se tomó en cuenta que las investigaciones no debían ser de otro campo diferente al de ciencias de la salud y, adicionalmente, los que tuvieran baja calidad metodológica tras aplicar la herramienta de evaluación de la calidad de acuerdo a cada una de sus matrices metodológicas.

Para lo último mencionado se usaron las listas de verificación para una lectura apropiada de los artículos, disponibles en el Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe, siglas inglés) (20), específicamente las diseñadas para evaluar: a) estudios de diagnóstico, b) revisiones sistemáticas, y c) estudios cualitativos. CASPe es guía, en España y América, en la adaptación, diseño y actualización de los instrumentos necesarios para realizar lectura crítica de la literatura científica. (21)

La revisión inicial realizada de manera independiente arrojó un total de 522 artículos, excluyendo 3 por estar repetidos. A los 519 restantes se les realizó lectura de sólo títulos y resúmenes, descartando un total de 518, quedando sólo un artículo. En consenso, y por el mínimo resultado encontrado para esta etapa, se extendió progresivamente el año de búsqueda hasta 2004, sumando un total de 25 artículos con el ya encontrado; incluyendo lectura de títulos y resúmenes. Posteriormente se leyeron todos los artículos en extenso, excluyendo 9 por no tratarse de información en el campo de las ciencias de la salud y 13 por no alcanzar el umbral mínimo de calidad una vez evaluados con las listas de verificación CASPe, quedando 3. Al considerarlo necesario, por la poca investigación publicada para el binomio *lenguaje y comunicación* como temática, en consenso se optó por incluir 8 artículos tipo editorial y 1 carta del editor que habían sido encontrados y archivados durante esta búsqueda, los

cuales fueron leídos en extenso y verificados con CASPe también para validar su inclusión y de manera de garantizar el control de los sesgos; excluyendo 3 por baja calidad, y quedando 5 de ellos.

Finalmente, 9 artículos fueron seleccionados para su análisis a profundidad como sigue: 1 estudio de diagnóstico, 1 revisión sistemática, 1 monografía, 1 análisis cualitativo y, finalmente, 4 editoriales y 1 carta del editor. La lista de verificación CASPe consensuada para la monografía fue la misma que para las revisiones sistemáticas, mientras que para los artículos editoriales y carta del editor fue la de estudios cualitativos; ambos tomando en cuenta su desarrollo interpretativo y forma de presentación de la información. Estos últimos fueron aceptados en consenso, debido también a su publicación de interés frecuente expresado en las respectivas secciones editoriales y carta del editor de sus revistas científicas.

La información extraída de los estudios para efectos de análisis fue: título, objetivo, autor(es), año, lugar, enfoque, tipo de artículo, metodología, resultados y conclusiones principales. Esta información fue sistematizada en una tabla de evidencia que permitiera su posterior categorización y análisis. Para esto último, debido a la gran cantidad de información, se utilizó el programa computacional *Atlas/ti* (versión 2.4) (22), el cual es una herramienta informática que facilita el análisis de, principalmente, grandes volúmenes de datos textuales. Esto permitió combinar, integrar y describir en torno a categorías (ejes temáticos) lo emergente de las principales características generales y hallazgos de los estudios seleccionados. Los resultados fueron descritos mediante síntesis narrativa en cada una de las categorías identificadas previamente. Finalmente, son discutidos los resultados, y expuestas las conclusiones de la investigación.

RESULTADOS

Esta revisión sistemática se realizó buscando evidencia sobre el estado del arte de la investigación en lenguaje y comunicación del médico con el paciente en los centros sanitarios. Sin embargo, al sumar toda la evidencia desde los estudios publicados es relativamente poco lo investigado sobre este binomio en conjunto en el ámbito hispanoparlante, teniendo en cuenta lo esencial que es dentro del proceso relacional y terapéutico socio-sanitario no sólo en Latinoamérica y el Caribe sino también en el mundo entero. Para responder al objetivo planteado, en total se incluyeron 9 artículos buscados de manera regresiva entre 2004 y 2021, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, y que contenían los descriptores establecidos para la búsqueda.

En cuanto al país de procedencia, 3 fueron realizados en España (23,24,25), 1 en Chile (13), 2 en Argentina (26,27), 2 en Colombia (14,3) y 1 en México (28). En relación con el enfoque paradigmático, tipo y metodología orientadora de los estudios, 1 fue de enfoque positivista tipo diagnóstico, con pruebas y encuestas (23); 1 fue de enfoque positivista tipo

revisión sistemática, con búsqueda bibliográfica (24); 1 de enfoque positivista tipo monográfico, con revisión documental y análisis crítico (13); y 5 de enfoque interpretativo crítico (1 tipo teórico-metodológico, de análisis cualitativo (28), 4 tipo editorial. (25,27,14,3) y 1 de enfoque interpretativo crítico, tipo carta del editor (26). Teniendo en cuenta los aportes de los distintos autores de los artículos se han agrupado y sintetizado los hallazgos en 7 ejes temáticos emergentes como sigue:

Recursos y tecnología modernos inversamente proporcionales al lenguaje y comunicación efectivos del médico con el paciente (MceP)

Los recursos médicos han ido enriqueciéndose a través de los nuevos procedimientos que en el campo de la medicina han surgido en los últimos sesenta años (27). Asimismo, el desarrollo tecnológico ha sido enorme (27,28), y la complejidad de estos recursos y tecnología se ha acrecentado con el poder que manifiesta una amplia red de información y medios de comunicación. (28)

Los métodos de diagnóstico y tratamiento son cada vez más deslumbrantes e innovadores (25). Por ello es fundamental para la ciencia médica -en constante desarrollo y evolución- nombrar nuevas técnicas, nuevos tratamientos, nuevas enfermedades y nuevos términos, lo que conlleva a que se necesite ampliar el campo del discurso médico (28). Con tal evolución del conocimiento biomédico, el lenguaje médico se convierte naturalmente en un sistema abierto, y como tal adquiere y desecha vocablos de acuerdo con ésta (3). Sin embargo, toda esta tecnología y recursos conminan muchas veces a olvidar que el lenguaje y la comunicación son el poder más grande que tenemos para discernir el entorno y darle sentido. (28)

Los métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, aunque deslumbrantes y prestigiosos, no serán nunca sino meros auxiliares del diálogo (25). Con ellos el médico queda relegado al rol de experto en mediciones y manejo de técnicas, y es así como los afectos que se desarrollaban en el encuentro del médico con el paciente quedan fuera del campo. Se están perdiendo las palabras relativas al padecer, la historia del dolor, el contexto familiar del sufrimiento, su entorno psicosocial; en suma, se está perdiendo al «Hombre» (13).

Dificultades procedentes del lenguaje y la comunicación del médico

El médico tiene una errónea percepción de su comunicación con el paciente. Este último se queja de la mala comunicación del que lo atiende, pero el primero cree que lo está haciendo bien en ese sentido (14). El lenguaje riguroso de la ciencia médica es expresado constantemente introduciendo tecnicismos⁴ que el otro no entiende y le hace restar comprensión (27,14). Como la de cualquier ciencia, es una terminología compleja, que le cuesta trasladar al lenguaje

lego, tarea que se considera el esfuerzo de mediación e integración entre el científico y el público general para eliminar los malentendidos de los tecnicismos. (27)

La evolución del lenguaje médico es reflejo del saber desarrollado históricamente y culturalmente por los pueblos (28). Es este saber cambiante lo que el médico informa al paciente (27), pero muchos no lo saben hacer, a decir de los pacientes (25). Los hallazgos dan cuenta que el médico mayormente tiene mala e indescifrable escritura (3,24,27). El léxico en los informes médicos e historias clínicas presentan muchas abreviaturas (3,23,25), acrónimos, epónimos, anglicismos, términos ingleses (3) y términos especializados como formantes grecolatinos o nombres propios que no son comprensibles para el común de la gente que acude al médico por ayuda. (23)

Para añadir mayor dificultad, el médico expresa su desagrado por el exceso de trabajo (24), que lo exhorta a una clara indisposición y tiempo de escuchar a los pacientes (14) y, además, tienen esporádicos encuentros con los pacientes. El sistema de salud tampoco dispone para el médico las herramientas y suministros necesarios para su buena labor. (14)

Invisibilización científico-formativa del lenguaje y la comunicación del MceP en el ámbito hispanoparlante

El lenguaje y la comunicación del MceP es un tema ampliamente estudiado en el ámbito anglosajón, pero poco se ha estudiado de tal interacción en individuos de habla hispana (25,28). Se ha dado poca importancia a la competencia en el lenguaje y la comunicación, lo cual también repercute en la terapéutica del paciente hacia un buen o mal pronóstico. (14,26,28)

Es necesario incluir en las escuelas de medicina este componente con más significatividad práctica y como eje trasversal del currículum de la carrera para la formación del estudiante (medicina basada en la experiencia) (25), evitando así el no escuchar a la persona y desprenderlo de una efectiva y benéfica relación humana, en fin, objetivarlo (cosificarlo). (26)

Lenguaje y comunicación para la comprensión del MceP: características fundamentales y compartidas

El lenguaje y la comunicación del MceP tiene características relacionales fundamentales y el impacto es bidireccional, mutuo, compartido. Todo el componente orgánico y anímico realizado en cada momento puede ser determinante tanto en la relación actual como en el diagnóstico y tratamiento (13,28). La homeostasis es una de esas características fundamentales de la comunicación (28), y la palabra es el instrumento para la comunicación y para la comprensión. (27)

Ambos, tanto el médico como el paciente se comunican como personas (13,25), y son protagonistas principales

en la relación (14), aunque resulta significativo en ambos sentidos en escasas ocasiones (25). Aún así, siempre se da dentro de una interacción dinámica de transferencia-contratransferencia (*feedback*) (14,25,27,28), con un interés común (27) y la necesidad básica (incluso preconcebida) (28) de comprenderse.(25)

Lo que se realiza (*se vuelve real*) es, a fin de cuentas, una relación social de solidaridad y poder compartidos (28). En los hallazgos de esta revisión se observa que no sólo juega un papel preponderante la competencia del médico en lenguaje y comunicación para que lo comprendan, sino que también depende del paciente y la necesidad de que aprenda a conocer cómo comunicarse mejor con su médico para lograr comprenderse mutuamente (14), además de que conozca sus competencias y limitantes de comprensión de los problemas médicos.(27)

En la actualidad debería regir una visión de complementariedad mutua necesaria para lograr una adecuada personalización de las decisiones sobre la enfermedad y controlarla o curarla²⁷ logrando beneficios para ambos.(14)

Deficiencias y resultados adversos debido a un negativo binomio lenguaje y comunicación del MceP

Se ha encontrado que los tecnicismos y la poca información dada a los pacientes por parte de los médicos generan poca comprensión (14,23), insatisfacción, dudas (14) y malentendidos (27). Sin las condiciones efectivas para la comprensión de lo informado podrían presentarse riesgos para la salud de la persona y hasta la muerte(27). Todo esto no sólo recae en la relación del médico con el paciente sino que también en potenciales sinsentidos y riesgo vital en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. (14)

Fundamentos para un efectivo lenguaje y comunicación por parte del médico

El lenguaje y la comunicación del médico siempre se ha observado como algo incomprensible e inalcanzable por parte del común de los pacientes; algo que el médico debe hacer un esfuerzo por revertir, por poner al alcance sin tantas restricciones, en tanto “se presupone” que desea ayudar al que se lo solicita (25). Debe procurar confianza (28), pero con la firme determinación del deseo de lograr la amistad médica necesaria¹³ para que se consiga una adecuada confianza mutua. (14)

Todo lo anterior debe deseárselo y activarlo el médico con el fin de mejorar la comprensión de lo expresado por parte del paciente y sus familiares (23), en fin, ayudar e interesarse por quien se pone en sus manos (25,26) para lograr una interacción participativa, cortesía lingüística y confianza del paciente (28). Si la información facilitada es verbal, todos los elementos que la componen deben ser los adecuados a cada paciente (27). Esto se logra cuando el médico

usa un lenguaje y se comunica con términos apropiados, tacto, empatía (14,28) y simpatía (25); es lo que se conoce como comunicación fática o «lengua de contacto» (28). Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas y no sólo del área médica sino abarcar otras áreas como la conductual, social y emocional (14). Lo oral y lo escrito no van por separado. En la palabra escrita también es necesario asegurar y evaluar la comprensión con preguntas no ofensivas (25,27), y una caligrafía legible siempre es indispensable. (24)

La comunicación a través del lenguaje médico implica una profunda responsabilidad ética, social y científica (4). El médico debe reconocer que su lenguaje y comunicación despliega parte de su poder terapéutico (25,26), para tejer redes alternativas con el fin de entender cómo el paciente le da sentido a su mundo y lo conversa (28) permitiendo, en consecuencia, su rápida recuperación. Lo terapéutico beneficia a todos.(14)

Propuestas y acciones estratégicas de atención para un buen lenguaje y comunicación del médico

Dos técnicas y tres tipos de acciones se nombran desde tres de los artículos como propuestas estratégicas para un buen lenguaje y comunicación del médico. Caeiro (2011) (27) y Forguione (2015) (14) exponen en sus artículos sobre la primera técnica denominada “*Teach-back*”. Mientras que Castañeda (2013) (28) expone sobre una segunda técnica, denominada «Terapia Breve». Por su parte, Estopà y Domènech (2019) (23), desde los hallazgos de su investigación, hacen un aporte que da luces sobre cómo se puede lograr el enriquecimiento de un informe médico, y que posibilita, según lo investigado, la comprensión de pacientes y familiares. Lo anterior se logra a través de tres tipos de acciones: a) corrigiendo los errores gramaticales y las inadecuaciones tipográficas; b) añadiendo descripciones y paráfrasis de elementos léxicos ambiguos o altamente especializados y c) personalizando el texto.

DISCUSIÓN

El lenguaje emerge de la interacción social entre los seres humanos. Por ende, el lenguaje es un fenómeno social (15), que puede manifestarse de manera sencilla, culta, forense, grosera, vulgar, entre otros; es el estilo y el modo de hablar y de escribir de cada persona en particular (4). Comunicarse, por su parte, es hacer saber a otro por medio de la palabra dicha o escrita o por el lenguaje de los gestos, emociones, experiencias y conocimientos que se tienen guardados dentro de sí (27). La unión de estos dos elementos es fundamental si se desea algo mayor, la comprensión. Comprender no es más que ejecutar el entendimiento que sucede en el lenguaje. También, con la comunicación sobreviene el comprender; comprender es captar el sentido (29). Por tanto, el lenguaje y la comunicación son elementos fundamentales universales en los que convivimos para comprendernos.

Todo lo anterior implica que, por principio, todas las personas pueden entenderse entre ellas, que, por principio, siempre tiene que ser posible para las personas comprenderse mutuamente (29); el médico con el paciente no son la excepción. Sin embargo, debido al creciente auge de recursos y tecnología favorecedores de nuevos procedimientos y redes de información y medios de comunicación, que en el campo de la medicina han surgido en los últimos sesenta años (27,28), y con métodos de diagnóstico y tratamiento cada vez más deslumbrantes e innovadores (25), el médico queda enmarcado al rol de experto en mediciones y manejo de técnicas, y los afectos naturales entre dos seres humanos quedan relegados a un segundo plano, tendiendo con frecuencia desmesurada a desaparecer. Se están perdiendo las relaciones genuinamente humanas del médico con el paciente (13); se está perdiendo la "humanidad".

Sin duda, es fundamental para la ciencia médica en constante desarrollo y evolución, nombrar nuevas técnicas, nuevos tratamientos, nuevas enfermedades y nuevos términos, lo que conlleva a que se necesite ampliar el campo del lenguaje médico (28) convirtiéndose naturalmente en un sistema abierto, que como tal, adquiere y desecha vocablos de acuerdo con éste (3). Sin embargo, toda esta tecnología y recursos ponen de lado frecuentemente el poder más grande que tienen tanto médico como paciente para discernir el entorno y darle sentido, el poder del lenguaje y la comunicación. (28)

Los métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, aunque deslumbrantes y prestigiosos, no serán nunca sino meros auxiliares del diálogo (25). La nueva era de la «tecnologización» extrema, que se ha denominado «postmodernidad», ha traído resultados insospechados en la comunicación del médico con el paciente y, en consecuencia, en la relación que surge entre ambos (13). El experto en mediciones y prácticas técnicas de la persona "objeto" de estudio crece, mientras que sus afectos como persona decrecen.

Todo lo anterior se refleja con clara evidencia como dificultades que ensombrecen, de acuerdo con la temática del presente estudio, la calidad del lenguaje y la comunicación del médico. De la información que arroja esta revisión sistemática se reporta que los médicos sobreestiman sus habilidades de comunicación. Creen que su comunicación es satisfactoria; mientras que los pacientes piensan lo contrario (14). Parecen no darse cuenta, o no tener siempre presente, que su lenguaje riguroso de la ciencia que pregonan y practican es expresado constantemente introduciendo tecnicismos (3); una terminología compleja que el otro no entiende, y ahí se pierde gran cantidad de información (14,27). Al médico le cuesta trasladar su lenguaje científico al lenguaje lego, tarea que se considera el esfuerzo de mediación e integración entre el científico y el público general para eliminar los malentendidos de los tecnicismos. (27)

Por supuesto, es necesario saber que la evolución del lenguaje médico es reflejo de la experiencia histórica de los pueblos y de su desarrollo cultural. Los cambios semánticos, ortográficos, las metáforas, la sinonimia, la paronimia y las variantes lingüísticas expresan esta variedad (28). Es este saber lo que el médico informa al paciente (27), pero la cuestión es cómo lo hace. Para muchos, en su lenguaje oral el médico usa una retahíla de términos científicos que nunca reconfortan a un paciente. (25)

Esta revisión sistemática señala que el médico tiene fama de escribir mal y en ocasiones de manera ilegible. Además, según manifiestan Robaina *et al* (2014) (24), hay estudios que confirman tal hipótesis. Tomás (2011) (27) y Patiño (2010) (3) comparten con éstos que, en efecto, el médico demuestra una indescifrable cursiva, sean pedidos, instrucciones o prescripciones. En analogía a este fenómeno, es usual oír la frase "parece letra de médico", cuando alguien tiene la letra manuscrita inentendible.

Los resultados de los parámetros de tipo léxico, por ejemplo en un informe médico, permiten observar la alta densidad de abreviaciones (siglas, símbolos y abreviaturas) (3,23,25) y de términos (especialmente de aquellos que para alguien no experto son menos transparentes, porque contienen formantes grecolatinos o nombres propios, o ambiguos semánticamente, por su uso general) (23). También en las historias clínicas abundan los acrónimos, epónimos, anglicismos y multitud de términos ingleses incorporados al lenguaje médico en español por no tener traducción adecuada. (3)

Lo cierto es que como ya indicaba en 1993 Rodríguez Gama: "Existe una torre de Babel en las comunicaciones de la medicina. Los profesionales de las diferentes áreas de la salud tienen múltiples dificultades para entenderse entre sí; las enfermeras no comprenden bien las ordenes de los médicos; éstos no captan el significado pleno de los exámenes de laboratorio; los estudiantes no logran asimilar el extenso vocabulario científico de cada especialidad y los pacientes y sus familiares permanecen amedrentados ante tantas palabras técnicas amenazantes y misteriosas" (5). Resulta obvio que la torre sigue creciendo pero quien ya está sufriendo las mayores calamidades de su caída es el último grupo, los pacientes y sus familiares.

Otro componente que le añade dificultad al lenguaje y la comunicación de los médicos es que éstos sugieren que no cuentan con la disposición y tiempo de escuchar a sus usuarios (14) porque tienen exceso de trabajo (24) y los encuentros con los pacientes son esporádicos. Además, en ocasiones el sistema de salud no brinda las herramientas y suministros necesarios para prestar un buen servicio. (14)

De todos los anteriores debe rescatarse –sin desmerito de los otros- el que se refiere que los médicos no cuentan con el tiempo de escuchar a sus usuarios (14). Muchas veces no se verifica si el sentido de lo que se escucha corresponde a

aquel que le da la persona que habla. Es por ello que gran parte de los problemas de la comunicación surgen porque las personas no se dan cuenta que el escuchar difiere del hablar (13). Si se presta atención cuidadosamente a la comunicación, se puede tomar conciencia de que ella descansa, principalmente, no en el hablar sino en el escuchar. El escuchar es el factor fundamental del lenguaje. Se habla para ser escuchado (15). El exceso de trabajo y el poco tiempo para realizarlo podrían ser argumento, pero quizá pudiera estar también relacionado con la falta de conciencia sobre lo referido al escuchar. (24)

Aparte de lo mencionado parece congruente, a través de los hallazgos de esta revisión, que un elemento categórico podría estar relacionado a esta falta de conciencia que el médico podría no saber escuchar, así como -en conjunto- tenga efectividad en el lenguaje y la comunicación: la invisibilización científico-formativa del lenguaje y la comunicación del médico con el paciente en el ámbito hispanoparlante (25,28). El primer tipo de invisibilización ya puede corroborarse -en falta de publicaciones al menos- cuando tan pocos artículos científicos fueron encontrados para esta revisión sistemática.

La comunicación y el lenguaje del médico con el paciente es un tema ampliamente estudiado en el ámbito de la consulta clínica anglosajona, pero poco se ha estudiado de tal interacción en individuos de habla hispana (28). 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 (25). Lo anterior respalda la primera invisibilización.

Frente al segundo tipo de invisibilización, el análisis sugiere que en la formación del médico hay una carencia en el tema. Tradicionalmente las Escuelas de Medicina le han dado poca importancia a la competencia comunicacional, la cual es fundamental para que se lleve a efecto la sanación (28). Sin mencionar que la mala formación durante la escuela de medicina se refleja en malos resultados en las prácticas. (14)

Cada enfermo atendido, por ser distinto del anterior y del siguiente, constituye una enseñanza, en consecuencia se debe recoger ésta en su totalidad, y ahí se incluye el uso y las formas que al idioma imprime la enfermedad y el hecho de estar enfermo (25). Es necesario, por tanto, formar al estudiante de medicina en esta competencia (14). En efecto, si éstos se forman tempranamente en su plan de estudios en el pregrado, como médicos -*per se*- podrían ser más competentes y efectivos en su comunicación con el paciente (30). Así lo entienden agencias y sociedades médicas alrededor del mundo, que ponen la destreza dialógica como un valor de la medicina moderna que merece enseñarse como esencial en los programas educativos de grado y postgrado. (31)

Educar a los médicos dentro del curriculum de la carrera sobre el uso correcto del lenguaje y también sobre las

palabras que el habla común utiliza para designar la terminología médica es fundamenta (25). La tarea médica se encuentra pasiva en ese sentido, aun sabiendo, que como otros «agentes terapéuticos» tiene sus indicaciones y contraindicaciones, sus grandes éxitos y fenomenales efectos adversos (26). Según Venturelli, ya para el año 2003, las comunicaciones representaban el área en que sistemáticamente se encontraba más del 90% de los juicios contra el sistema y profesionales de salud. Es un área altamente deficitaria en la formación profesional y es una habilidad fundamental para aprender a comunicarse con las personas y grupos humanos, sobre todo con las más vulnerables. Son destrezas que van más allá de la formación tradicional en semiología clínica. (7)

De Arana (2014) y Tajer (2009) con sus artículos editoriales y de análisis crítico se suman a lo prenombrado. Destacan que es necesario la formación del joven médico con otro experimentado profesionalmente en ese sentido, y en la que tiene un papel importante el uso del lenguaje (medicina basada en la experiencia). No debe ser sólo una asignatura sino que debe ser un eje transversal que incida en el estudiante y cuya competencia se demuestre una vez obtenga su título universitario. Docentes de importantes escuelas de medicina ya han propuesto, por ejemplo, recuperar algunas estrategias básicas para evitar la «cosificación» del paciente internado, como por ejemplo cuando refieren: “En la cama cuatro hay un infarto.” (25,26)

En definitiva es una actividad académico-científica postergada. Se debe educar a los médicos dentro del curriculum de la carrera sobre el uso correcto del lenguaje y también sobre las palabras que el habla común utiliza para designar su terminología (25). Cabe pensar en una propuesta de “*medicina basada en el lenguaje y la comunicación para la comprensión*” como elemento profundo y transversal dentro del curriculum de las escuelas de medicina. No en vano en el ámbito educativo se está observando superar el binomio enseñanza y aprendizaje, con la propuesta teórica “enseñar y aprender para comprender”.

Reigeluth (2000), citando a David Perkins y Chris Ungers como exponentes sobresalientes de esta visión teórica expone que “La adquisición y retención de conocimientos sirve para propósitos evidentemente importantes, los conocimientos no se adoptan hasta que el estudiante pueda desplegarlos junto a la comprensión. Una cosa es ser capaces de realizar los algoritmos aritméticos de la forma exacta, y otra muy distinta discernir en qué situaciones hay que utilizar cada operación determinada. (32)

Siempre que se habla de la relación del médico con el paciente se está también aludiendo al lenguaje y la comunicación mutuos. La información por sí misma no es suficiente. El cómo se miran, cómo se hablan y se escuchan, pueden ser fuente, cauce y resultado de la amistad que se establezca entre ambos, como también será un factor determinante en el diagnóstico y tratamiento a seguir

(13). La homeostasis, por su parte, es una característica fundamental de la comunicación, ya que un fallo en la interacción puede ocasionar que ésta sea poca o nula (28). Ésta debe cumplir una función homeostática en su acepción generalizada de anclaje, de paliación, de equilibrio.

Ahora, aunque en no pocas ocasiones resulta muy importante en ambos sentidos (25), tanto uno como otro son protagonistas en la relación; el médico quien tiene el conocimiento técnico y científico, y el paciente quien asiste por ayuda (14). A través de la mirada, la expresión verbal, contacto manual y la relación instrumental, ambos se comunican como «personas» (13,25), en el contexto de una interacción dinámica de transferencia-contratransferencia (*feedback*) (28), de ida y vuelta (25), en fin, bidireccional (14,25,27). Es un hallarse y coincidir de dos personas alrededor de un interés común (27) con la necesidad básica (incluso preconcebida) (28) de comprenderse (25). Son, en definitiva, relaciones sociales de solidaridad y poder que resultan de las formas de tratamiento durante la interacción hablante (médico) y el interlocutor (paciente) (28). Por eso, se insiste en que el proceso no sólo todo depende del médico.

Es verdad que el instrumento para la comunicación y para la comprensión entre ambos es la palabra (27), con un lenguaje verbal por lo común, escrito a veces, pero también lenguaje corpora (25) muchas veces necesario de usar por parte del médico en la consulta. Pero también mucho depende de que el paciente sepa que el médico también tiene problemas, como todo ser humano (27). Los pacientes también deben conocer cómo tener una mejor comunicación con su médico¹⁴. Por ejemplo, el lenguaje no verbal del paciente también forma parte esencial de su forma de comunicación con el médico: 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, podría revelar que se ha tocado un punto sustancialmente 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 la opinión (25) del que para el momento es su médico.

Lo cierto es que la evolución de las ideas ha llevado la relación del médico con el paciente a una relación de complementación mutua para adecuar y personalizar las decisiones sobre la enfermedad y controlarla o curarla (27). Esta relación incluye todo lo que acontece antes y después de ese encuentro y su efecto sobre los protagonistas de la relación y el curso de la enfermedad (33). De modo que, tanto médico como paciente, aunque estén en contacto por primera vez, tienen ya un acervo previo de conocimientos, actitudes y nociones sociales, lingüísticas y culturales que los llevan, por una parte, a inferir datos del contexto, y por otra, a hacer una interpretación de éstos (28). En definitiva, ambos se benefician de una buena comunicación. (14)

Aún así, los presentes hallazgos arrojan que hay deficiencias y resultados adversos producto de un negativo binomio lenguaje y comunicación del médico con el paciente. La satisfacción del paciente disminuye debido a que los estudiantes no se sienten seguros sobre sus habilidades comunicativas (14). Los tecnicismos generan malentendidos (27). La confianza se ve alterada cuando los médicos brindan poca información a sus pacientes y lo hacen usando un lenguaje técnico que ellos poco entienden y generan dudas (14). Por ejemplo Estopà y Domènech (2019) reportan que, producto del lenguaje médico, existe incompreensión de las partes más relevantes de los informes médicos por parte de los destinatarios principales, el paciente y sus familiares. (23)

Esta incompreensión termina advirtiendo sobre los riesgos de vida y de sufrir enfermedades graves por los pacientes no haber tenido información clara o que, por cualquier razón, no se han dado las condiciones para que la comprendan (27). Tal relación del médico con el paciente permite observar mayores tasas de no adherencia al tratamiento médico, automedicación y asistencia tardía a los centros de salud. Todo esto acarrea consigo un aumento en la morbilidad, resistencia medicamentosa, seguimientos inadecuados de las enfermedades y altos costos de los tratamientos. (14)

Asimismo, el presente análisis revela que ciertos fundamentos son relevantes para que el médico provea desde su lado un buen lenguaje y comunicación con el paciente. Lo primero es que con su lenguaje el médico muchas veces debe hacer un esfuerzo por 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 (25), hacer lo contrario, sin duda, lo que genera es incomunicación.

Los países de habla hispana latinoamericanos (3,13,14,26,-28) cuyos autores, desde su localización generan la discusión sobre la temática de la incomunicación del médico con el paciente en esta revisión, no parecen tener la exclusividad de esta creciente problemática. En el año 2014, fue presentado ante el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España el informe del estudio titulado “La comunicación médico-paciente”, que se llevó a cabo con el interés principal de valorar la comunicación entre el médico y sus pacientes, los errores más comunes y los factores de mejora. Éste mostró los problemas de comunicación que en España se presentan entre éste y sus pacientes. Entre otras cosas -unas positivas y otras menos- en particular los pacientes atribuyen la incomunicación al hecho que los médicos utilizan demasiados tecnicismos y términos jergales incomprensibles (ictus, amniocentesis, hematocrito, senos paranasales...), siglas (AINE, EPOC, TAC, ECG, UCI...) y extranjerismos (*rash, stent, bypass, distress, entre otros*) (34); tal y como también emergió en los hallazgos de esta revisión. Asimismo, según el mismo informe, la incomunicación también se imputa a la sensación de que los médicos actúan con una falta preocupante de empatía, como si trataran con enfermedades, síntomas o

lesiones más que con personas que sienten y padecen. Ciertamente la empatía es la cualidad de los médicos peor valorada por sus pacientes. (34)

Mientras que, similar a los hallazgos de esta revisión, también los médicos atribuyen la falta de comunicación a dos motivos principales: a) la escasez de tiempo, derivada a su vez del incremento de la presión asistencial por congestión de los hospitales y centros de salud; y b) la deficiente cultura general de los usuarios del sistema sanitario (o sea, de los pacientes) (34). En efecto, se observa un interés en la temática por parte de este país que concuerda, incluso, con que para esta revisión autores españoles aportaron tres (23-25) de los 9 artículos incluidos y analizados.

Por tanto, para proveer una asistencia fructífera y productiva, además de otras tareas, el médico tiene la labor más fundamental que es la de generar confianza (13,28) y ayudar e interesarse por quien se pone en sus manos (25,26) para lograr una interacción participativa, cortesía lingüística y confianza del paciente (14,28). Cuando la información facilitada es verbal, el tono y la intensidad de la voz, la dicción y el ritmo del relato deben ser los adecuados a cada paciente y a su carácter, ya conocidos por el médico desde aquel período social y afectivo del inicio del encuentro (27). Para lograrlo el médico debe dirigirse a su interlocutor con términos apropiados, tacto, empatía(14,28) y simpatía (25). Esta comunicación fática o «lengua de contacto» (según la pragmática española), o lo que es conocido en inglés como *smalltalk*, es esencial en situaciones de atención al público. En el ámbito de la consulta médica el uso de los enlaces coloquiales (entonces, pues, en consecuencia, entre otros) y de los estimulantes conversacionales (vamos a ver, fíjate, mira, entre otros) facilita el desarrollo interpersonal y tiene la función de establecer la confianza del médico con el paciente. (28)

Las preguntas hacia los pacientes deben ser abiertas y no sólo deben ser sobre el área médica sino también sobre las áreas emocional, comportamental y social (14). Usualmente es necesario explicar detalladamente en la consulta lo que se escribe (25)..No hay excusa para no escribir correctamente, para lo cual se necesita compromiso y conciencia de los riesgos que se toman cuando se anota de forma vaga y con prisas. Al final, los perjudicados son los pacientes (24). La profesión médica adquiere sentido en el encuentro personal, íntimo, transido de confianza, entre el médico y su paciente (25). En tal sentido, Goic (2000) describe la libertad, intimidad y confianza como tres hechos fundamentales y permanentes que caracterizan el encuentro del médico con su paciente. (33)

La palabra escrita también necesita explicaciones y con ella, como con la oral, es indispensable asegurar y evaluar la comprensión con preguntas no ofensivas (25,27). Un médico siempre debe tener una caligrafía perfectamente legible. Sin ningún tipo de dificultad, sin importar el tiempo que tome (24). También el escuchar por parte del médico

es fundamental para que el lenguaje y la comunicación sea efectiva. Tal como lo plantea Echeverría (2010), el «hablar efectivo» sólo se logra cuando sigue a un «escuchar efectivo» (15). La comunicación a través del lenguaje médico implica una profunda responsabilidad ética, social y científica. (3)

Es obvio que comunicación y comprensión son indispensables, también el diálogo terapéutico entre el médico y el enfermo (27). Éste es necesario para tejer espacios alternativos y entender cómo el paciente crea su mundo de significados y lo expresa (28). Es un poder/diálogo terapéutico entre persona y persona, a solas, durante el cual puede descargar sus vivencias, su alma, sobre los sentidos y el alma de su médico (28), que ayuda a la recuperación más rápida del paciente, beneficiando, a su vez, al médico y al sistema de salud. (14)

Los resultados de esta revisión sugieren dos propuestas estratégicas de atención para un buen lenguaje y comunicación por parte del médico. La primera es la denominada “*teach-back*” (27). Y la segunda se denomina «Terapia Breve» (28). Asimismo, el estudio de Estopà y Domènech (2019) orientan desde los resultados de su investigación una vía para el enriquecimiento de un informe médico que posibilita la comprensión de pacientes y familiares, lográndolo a través de tres tipos de acciones. (23)

Con la primera técnica, “*teach-back*”, se verifica si la información dada a los pacientes ha sido asimilada de la manera correcta. Es una buena técnica basada en la evidencia para la instrucción del paciente (27), y consiste en que el paciente repita con sus propias palabras lo que ha entendido de las indicaciones médicas, lo cual permite corregir errores o resolver dudas de los pacientes (14). Este ir hacia atrás y volver (retroacción) sobre una información refuerza el entendimiento dando la oportunidad de verbalizar lo comprendido. (27)

Con la segunda técnica, «Terapia Breve», si bien esta propuesta consiste en una técnica específica, es también un modelo de lenguaje terapéutico que engloba desde las intervenciones verbales hasta las reglas de la conducta, de modo que se observan cambios benéficos en el paciente cuando el médico aprende a hablar su lenguaje, tanto el verbal como el corporal, es decir: el médico comprende lo que los pacientes dicen, el modo cómo lo dicen y lo que quieren decir (28). Los investigadores proponen que las relaciones humanas, cuando alcanzan un cierto desarrollo y estabilidad, definen roles y se constituyen en sistemas conductuales, en los que cada rol y posición refuerza y retroalimenta los roles y las posiciones de los demás integrantes en el sistema, esto es, tienden a constituir unidades equilibradas. El enfoque de esta terapia se caracteriza por centrarse en la comunicación por medio de la retroalimentación, mejor conocida como *feedback*. El paciente no es simplemente emisor y receptor de información sino que, asimismo, establece un circuito

que impacta e influye tanto en él como emisor como en él como receptor, y viceversa. (28)

Por último, Estopà y Domènech (2019) desde su investigación proponen tres tipos de acciones que posibilitan enriquecer un informe médico, con el fin de que sea mejor comprendido por parte de pacientes y familiares. Cuando este tipo de acciones se realizan se enriquece lo expresado no sólo cognitivamente sino que también lingüísticamente (informe médico), entonces se produce mayor comprensión en los pacientes, e incluso por parte de personas menos formadas o con nivel de educación superior. Los tres tipos de acciones son: a) corregir los errores gramaticales y las inadecuaciones tipográficas; b) añadir descripciones y paráfrasis de elementos léxicos ambiguos o altamente especializados y c) personalizar el texto. (23)

En conclusión se evidencia que los recursos y tecnología modernos se presentan inversamente proporcionales al binomio lenguaje y comunicación efectivos del médico con el paciente (MceP). El primero proyecta en esta relacionalidad binomial desde su lenguaje una serie de dificultades que el paciente percibe de modo negativo y que le restan su comprensión, tales como muchos tecnicismos, abreviaturas, indescifrable escritura, acrónimos, epónimos, términos ingleses, grecolatinos y especializados.

Finalmente, y contrario a lo que se espera con lo antes mencionado, existe una notada invisibilización científico-formativa del lenguaje y la comunicación del médico con el paciente en el ámbito hispanoparlante. El lenguaje y la comunicación es lo que conlleva a la comprensión mutua y, además de tener características propias, su impacto es bidireccional, compartido, homeostático, con beneficios compartidos para ambos: médico y paciente. Si lo anterior no se realiza surgen deficiencias y resultados adversos, sobre todo para el paciente. Por lo tanto, para un efectivo lenguaje y comunicación por parte del médico deben existir adecuados fundamentos para que el paciente alcance la comprensión, confianza y mutua amistad. El *Teach-back* y, la Terapia Breve son ejemplos de técnicas para lograrlo. Asimismo, en cuanto a los informes médicos, corregir los errores gramaticales y las inadecuaciones tipográficas; añadir descripciones y paráfrasis de elementos léxicos ambiguos o altamente especializados, y personalizar el texto, logran su enriquecimiento posibilitando la comprensión de pacientes y familiares.

REFERENCIAS

- Gavidia AJ. Lenguaje y comunicación. Bogotá: De la U; 2015.
- Real Academia Española. Diccionario Virtual de la Real Academia Española, Vigésimotercera Edición 2014. Consulta: 2021, enero 3. Disponible: <https://dle.rae.es/comunicaci%C3%B3n?m=form>
- Patiño JF. El lenguaje médico. Rev Colomb Cir. 2010 sep. [Citado 3 ene 2021]; 25:174-177. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rccci/v25n3/v25n3a1.pdf>
- Cabrera A., Pelayo N. Lenguaje y comunicación. Conceptos básicos, aspectos teóricos generales, características, estructura, naturaleza y funciones del lenguaje y de la comunicación oral y escrita. Caracas: El Nacional; 2002.
- Rodríguez GA. El idioma médico. Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia. 1995;43(4):182 [Citado 3 ene 2021]. Disponible: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/31483/31507>
- OMS. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI. El reto de las enfermedades crónicas. [Internet]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43236/9243562800_spa.pdf;jsessionid=998200415525AF3EA72FD56C8E338487?sequence=1
- Venturelli, J. Educación médica. Nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, D.C. Organización panamericana de la salud. Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
- Restrepo PA. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. MÉD.UIS. 2012;25(1):64-9. [Citado 4 Ene 2021]; Disponible: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/2863/3097>
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A Review. The Ochsner Journal. 2010;10(1):38-43. [Citado 8 Ene 2021]; Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/pdf/i1524-5012-10-1-38.pdf>
- Quesada JA. Sociolingüística y medicina. La comunicación entre médico y paciente. Revista Médica de Costa Rica LIX. 1992. (519)63-67. [Citado 8 Ene 2021]; Disponible: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/rmedica/519/art6.pdf>
- Manuel MM. Lenguaje y conocimiento común y especializado. Rev. Interam. Bibliot. 2004. 27(1):45-72. [Citado 8 Ene 2021]; Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/1790/179017785003.pdf>
- El médico, los pacientes y el lenguaje de las consultas. Diario Médico [en línea]. 23 Ene 2017 [citado 8 Ene 2021]; Madrid: [aprox. 3 pant.]. Disponible: <https://www.diariomedico.com/opiniones/columna-invitada/el-medico-los-pacientes-y-el-lenguaje-de-las-consultas.html>
- Dórr AA. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. Rev Méd Chile 2004;132:1431-1436. [Citado 14 Ene 2021]; Disponible: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001100014
- Forguione VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13. [Citado 14 Ene 2021]; Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v28n1/v28n1a01.pdf>
- Echeverría R. Ontología del lenguaje. Buenos Aires: Granica; 2010.
- Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane handbook for systematic reviews of interventions Version 5.1.0 [actualizado Mar 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Disponible www.cochrane-handbook.org.
- Page MJ., McKenzie JE., Bossuyt PM., Boutron I., Hoffmann TC., Mulrow CD. *Et al*, The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021; 372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. [Citado 25 Mar 2021]; Disponible: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n71.full.pdf>

18. Torres FA., López HD. Criterios para publicar artículos de revisión sistemática. *Rev Esp Méd Quir.* 2014;19:393-399. [Citado 25 Mar 2021]; Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47332498021>
19. Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) Biblioteca Virtual en Salud (BVS). [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME/OPS/OMS. 2017 [actualizado 2020 May 18; citado 26 Mar 2021]. Disponible: https://decs.bvsalud.org/E/DeCS2020_Alfab.htm
20. CASPe. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). [Internet]. Alicante, España: CASPe. 2020 [actualizado 2021 Jun 23; citado 26 Mar 2021]. Disponible <http://www.redcaspe.org>
21. Anza AI., López SA., González FM., Ruiz MG., García GT., Valverde IJ., Gómez CC., et al. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Programa transversal y complementario del residente (PTCR). Consejería de sanidad: Murcia, 2013, España [Citado 28 Mar 2021]; Disponible: https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/258099-Metodologia_PTCR.pdf
22. Muños J. Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS/ti (versión 2.4). [CD-ROM]. Universidad Autónoma de Barcelona; 2003.
23. Estopà R., Domènech BO. Diagnóstico del nivel de comprensión de informes médicos dirigidos a pacientes y familias afectados por una enfermedad rara. *E-Aesla.* 2019;5:109-118. [Citado 2 Jun 2021]; Disponible: <https://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/pdf/05/11.pdf>
24. Robaina JM., Morales CE., López JF., Sosa HM. La letra de médico. *Rev Osteoporos Metab Miner.* 2014. 6(4):122-126. [Citado 26 Jun 2021]; Disponible: <https://scielo.isciii.es/pdf/romm/v6n4/especial.pdf>
25. Arana JI. Importancia del lenguaje en la relación entre médico y enfermo. *Panace@.* 2014. 15(39):1-2 [Citado 26 Jun 2021]; Disponible: <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n39-editorial.pdf>
26. Tajer CD. Las palabras de la medicina clínica. *Rev. argent. cardiol.* 2009. 77(2):143-150 [citado 26 Jun 2021]. Disponible: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rac/v77n2/v77n2a14.pdf>
27. Caeiro T. Comunicación y comprensión en el diálogo clínico. *Medicina (B. Aires).* 2011. 71(3): 296-298. [citado 27 Jun 2021]. Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0025-76802011000500021
28. Castañeda MC. Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente. *Rev. cuba. inf. cienc. Salud.* 2013. 24(3):343-353 [citado 27 Jun 2021]. Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v24n3/rci10313.pdf>
29. Teufel E. Discurso de homenaje. En: Habermas J, Rorty R, Vattimo G, Theunissen M, Figal G, Bubner R, Teufel E, Gumbrecht HU. "El ser que puede ser comprendido es lenguaje". Madrid: Síntesis; 2003.
30. Neo F. Working toward the best doctor-patient communication. *Singapore Med J.* 2011;52(10):720-725. [citado 5 Jul 2021]. Disponible: <http://www.smj.org.sg/sites/default/files/5210/5210ra1.pdf>
31. Makoul G. Communication skills education in medical school and beyond. *JAMA.* 2003;289:93. [Citado 7 Jul 2021]; Disponible: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195696>
32. Reigeluth, CH. Diseño de la instrucción teorías y modelos. Un nuevo paradigma de la teoría de la instrucción. Madrid: Aula XXI Santillana; 2000.
33. Goic A. El fin de la medicina. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
34. Farjas P. Estudio de Comunicación-ABC. Informe ante el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. 2014 May. [citado 5 Jul 2021]. Disponible: http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2014/pacientes/LA_COMUNICACION_MEDICO-PACIENTE.pdf

Salus