

SOCIOLIGUISTICA Y MEDICINA

LA COMUNICACION ENTRE MEDICO Y PACIENTE

Jorge Arturo Quesada Pacheco., Ph.D.*

INTRODUCCION

Todas aquellas disciplinas donde el lenguaje constituya un componente esencial para su desarrollo se transforman automáticamente en objeto de estudio lingüístico. La práctica de la medicina, por ejemplo, no puede existir divorciada del lenguaje. Un examen médico, la descripción de una enfermedad y de sus síntomas, las indicaciones para el uso de medicamentos, dependen, categóricamente, del lenguaje. En otras palabras, el lenguaje oral, la comunicación, constituye un elemento trascendental en la atención médica. No obstante, resulta familiar escuchar a innumerables pacientes que acuden a los consultorios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social, quejarse de la atención que reciben tanto del personal administrativo y como del profesional en ciencias médicas. Discutiremos ambos casos en este artículo, pero le dedicaremos mayor espacio al segundo porque es aquí donde los problemas de comunicación son relevantes.

METODOLOGIA

Se ha empleado el método etnográfico, que se caracteriza porque el investigador es participante-observador. Los datos para este trabajo han sido recolectados por el investigador mediante su participación y observación como paciente en consultas a lo largo de varios años en clínicas del Seguro Social, en el Hospital México, en el Hospital San Vicente de Paul en Heredia y en consultorios particulares. También ha sido observador en las consultas de su familia en hospitales y clínicas del Seguro Social y en consultorios particulares. Asimismo, ha tomado en consideración las opiniones ofrecidas por estudiantes, colegas y público en general en conversaciones informales donde el tema de la atención al paciente en "el Seguro" ha salido a la superficie.

* Sociolingüista, analista del discurso
Universidad Nacional

RESULTADOS

El resultado de estas observaciones se puede resumir en una frase: inconformidad con la atención recibida en el Seguro Social. Para muchas personas hacer uso de su derecho a los servicios como asegurado se reduce a situaciones de emergencia y casos especiales. El uso de la consulta externa es descartado por muchos de los "informantes" porque para ellos significa una pérdida de tiempo, la atención es pésima, "el médico ni lo vuelve a ver a uno, nada más escribe". En pocas palabras, el resultado de estas opiniones evidencian problemas de comunicación entre el profesional en ciencias médicas y sus pacientes; también se muestra gran insatisfacción por el servicio del personal administrativo que tiene relación directa con el asegurado en los hospitales y clínicas. Primero discutiremos este aspecto y luego nos dedicaremos al problema de comunicación entre el médico y el paciente.

DISCUSION

En relación con lo administrativo, algunos usuarios del servicio se lamentan de haber desperdiciado su valioso tiempo, a veces de un mostrador a otro, a veces hasta de un hospital en San José a una clínica en otra provincia, porque los empleados administrativos no informan eficientemente.⁽¹⁾ En algunos casos en el Hospital México, para un examen, se le pide al usuario el sello de una clínica, de Heredia por ejemplo, aunque quien lo haya referido haya sido médico de empresa. Después de superar este obstáculo, el paciente tiene que resolver otro: la información contradictoria. En un caso reciente, un paciente, referido al México por el médico de su empresa, se presentó para que se le hiciera un electroencefalograma. Concluido el examen, la doctora que se lo aplicó le informó que podía retirar el resultado

(1). Este es un problema crónico del personal administrativo a nivel nacional. Rara vez el usuario de un servicio público recibe toda la información necesaria para cualquier tipo de trámite que deba realizar. O la información es incompleta, o falsa, o ambas.

en ocho días, en horas de la mañana. Ella explicó que era mejor que el paciente retirara el resultado y se hiciera responsable de su destino, "que sea el paciente el que lo recoja y se lo lleve a su médico, así no se extravían tanto (los papeles) de una institución a otra." Sin embargo, al regresar por el resultado, la oficinista, o secretaria, rehúsa entregarle el resultado al paciente aduciendo que ya está entre los papeles que se enviarán a la clínica de Heredia, obviamente ignorando que el paciente regresaría con ese resultado a su médico de empresa y no a la clínica. Dentro de la "carrera de obstáculos" éste es uno de los peores que la ineficiencia administrativa de los centros de atención médica del Seguro Social le presenta al paciente; con toda razón muchos enuncian la frase, ya clisé, que los ponen a correr de Herodes a Pilatos. Ahora bien, ¿por qué la disconformidad del paciente ante los médicos que lo atienden? En la siguiente sección examinaremos este aspecto.

RELACION ENTRE MEDICO Y PACIENTE

¿Será posible que una de las razones por las cuales el paciente no se sienta satisfecho sea la falta de conocimiento que percibe en su médico? En numerosos casos es factible comprobar que el profesional en ciencias médicas ignora cómo se manifiestan ciertas enfermedades; por ejemplo, al tratar a un paciente por más de un año diciéndole que tiene reumatismo, cuando en realidad se trataba de algo muy serio y delicado como Lupus. Este tipo de error en la práctica de la medicina se debe a la falta de actualización teórica y práctica. Desafortunadamente, la investigación no es practicada por todos los profesionales en medicina, aunque debe ser el pilar de su carrera como científico (a). En otras ocasiones, posiblemente la mayoría de ellas, lo que más afecta la satisfacción del paciente es la comunicación en sí que haya podido establecer y mantener con su médico. Como sociolingüista y analista de discurso, considero que éste es un aspecto fundamental en la relación médico-paciente, y como dice Shuy (1979: 135), "If language is not visible to the public while linguists know it is a crucial feature, it is up to linguists to make it visible." La relación que se establece entre el médico y su paciente es de desigualdad. El primero es quien hace las preguntas cuando considera necesario y el segundo contesta. Cuando es el paciente quien

pregunta, su interlocutor no siempre responde porque es él quien evalúa la pregunta y quien decide si ofrece una respuesta y cuándo. Es el médico, no el paciente, quien controla la introducción de los temas, su seguimiento y reciclaje. Asimismo, el médico se siente libre para interrumpir la intervención del paciente en cualquier parte de su enunciado. Todo esto demuestra que el médico tiene el control absoluto del evento lingüístico. Según Shuy (1979: 132), "Such control characterizes not only communication in the profession but also much of this profession's attitudes toward things nonmedical." Esto difiere de la comunicación espontánea y continua que se presenta en una conversación ordinaria: aquella en la cual los participantes se encuentran en un plano de igualdad. En muchas ocasiones, como lo denuncia Arturo Barboza en el periódico La República, la actuación del médico se reduce a llenar en forma casi automática una receta. Este tipo de situación nos lleva a preguntar si realmente existe comunicación entre el paciente y el médico. La experiencia de muchos pacientes consiste en una ausencia de comunicación. Esto se manifiesta de dos maneras. En aquellas consultas donde el médico sólo escribe, primero en el expediente lo que interpreta el paciente, luego en la receta que produce en forma automática, sin comunicarle oralmente nada al paciente. Lo único que comunica con su silencio es que lo expresado por el paciente no tiene la menor importancia (he ahí la evaluación del médico sobre lo externado por el paciente). La otra manera en que se manifiesta la ausencia de comunicación reside en no utilizar un vocabulario simple que el paciente pueda comprender. Bernard (1979) manifiesta que se han hecho estudios en varios países y diferentes tipos de locales médicos para investigar el tipo de comunicación entre el médico y el paciente respecto al vocabulario que comúnmente se emplea en las consultas. En una clínica de un hospital escocés se le repartió un cuestionario a 234 adultos rurales y urbanos y a 35 médicos con el objetivo de descubrir el grado de concordancia que existía sobre términos, técnicos y no técnicos, comúnmente usados durante una consulta; algunos de estos son "artritis", "accedía", "palpitación", "el corazón", "los riñones", y buen apetito". Entre los médicos hubo un gran consenso en cuanto a las definiciones de esos términos; sin embargo, los pacientes no compartían esas definiciones. (En lo

único que concordaron fue en la definición del término "buen apetito".) Aún más importante es el hecho de que la diferencia entre las definiciones de los médicos y las de los pacientes resultó significativa.

Otro estudio en la Clínica de Emergencias del Hospital de Niños de Los Angeles, California, demuestra que la comunicación entre los pediatras y las madres de los niños se ve seriamente afectada por malos entendidos y la falta de conocimiento, por parte de las madres, de los términos médicos. Para ese estudio se grabaron las consultas de 800 madres a quienes luego también se les entrevistó. Ese estudio demostró que el mayor obstáculo era el uso del lenguaje técnico del pediatra. Muchas madres no entendían los términos médicos que los pediatras usaban para referirse a la anatomía del niño, como "esfínter" o "fosas nasales". El mismo problema les presentaban los términos para procesos fisiológicos como "edema", "peristalsis" y aquellos usados para procedimientos de laboratorio tales como "punción lumbar". Estos términos técnicos, además de los utilizados rutinariamente en los hospitales: historia clínica, seguimiento, etc., están lejos de ser comprendidos por el paciente. Sin embargo, su uso es continuo e indiscriminado sin tomar en cuenta si el paciente comprende o no. Estos problemas que afectan la comunicación médico-paciente nos hace reflexionar sobre la importancia de incluir en el programa de estudios de medicina un curso de investigación sociolingüística y análisis de discurso. También nos conducen a otro aspecto medular en la relación médico-paciente: el lenguaje profesional.

EL LENGUAJE PROFESIONAL

Heath (1979) discute el contexto del lenguaje profesional y aunque se concentra en dar una perspectiva histórica dentro de los Estados Unidos, su artículo es aplicable a profesionales como médicos y abogados en Costa Rica, y otros países. Heath (1979: 102) afirma, "Throughout their history, members of the medical and legal professions have evaluated their uses of language, and suggested how their language uses reflected both the state of their field and their attitudes toward patients and clients". El lenguaje profesional constituye así una barrera que afecta la comunicación entre el médico y el paciente. Sin embargo, no parece una tarea fácil para el profesional,

dejar de usar su lenguaje, pues también le sirve otra función: la de sobresalir ante los no profesionales, por lo menos en su campo, y de separarse socialmente de aquellos a quienes sirve. Trudgill (1974) ha declarado, con toda razón, que el lenguaje es un fenómeno social. No sólo nos sirve para identificarnos con nuestros amigos, familiares, coterráneos, etc., sino también para manifestarnos como extraños o foráneos a otros grupos. De manera que el uso del lenguaje técnico usado por los médicos claramente constituye un obstáculo en la comunicación con los pacientes y a la vez los ubica en un grupo diferente, con poder. Para Heath (1979) el desarrollo de un lenguaje especial para el profesional está íntimamente relacionado con el desarrollo de la clase media. Ella argumenta que durante el período colonial, el término clase media significaba "moderado" pero para mediados del siglo diecinueve, su significado había cambiado a "rango medio", intermedio entre aristocrático y clase trabajadora. Los miembros de este grupo no habían heredado ni títulos ni riqueza, (cfr. Heath 1979) pero sí habían logrado alcanzar su papel profesional a través de la educación formal. Como la superación fuera del sistema educativo era valorado por algunos sectores de la sociedad, los profesionales sintieron la necesidad de estructurar su vida profesional. Fue así como se iniciaron las asociaciones formales, normas de conducta, criterios de selección y de práctica de la profesión y medios para proteger su profesión. Un ejemplo de esto son los colegios profesionales en nuestro país. Una de las tareas de las sociedades profesionales era, según Heath (1979: 104), "to keep the public reminded that they should have special expectations of the services professionals could render". Esta lingüista resume algunas de las consecuencias lingüísticas que tuvo el crecimiento del profesionalismo y del número y tipos de especialidades. En ese resumen, ella tomó los informes de médicos que aparecieron en la American Medical Association, escritos por y para médicos; también revisó todos los números de diez revistas médicas publicadas entre 1847 y 1960. Después de ese año, afirma Heath (1979), estas revistas mostraron un giro hacia la discusión de la relación médico-paciente; no obstante, ella mantiene que antes de esa época, los médicos en general concordaban en las siguientes características de su lenguaje para la interacción con

el paciente: 1) permitir la discusión de sólo ciertos temas: el cuerpo y las condiciones que crean o contribuyen a la enfermedad, 2) restringir la conversación al paciente sin tomar en cuenta a su (s) acompañante (s); se partía de que el médico había sido entrenado para sonsacarle al paciente su punto de vista objetivo y subjetivo de la enfermedad, esto le ayudaba a decidir cual información era aceptable y cual no aceptable para emitir un diagnóstico, 3) usar un procedimiento detallado para entrevistar a los pacientes: se recomendaba un formato predeterminado, al paciente se le daba la oportunidad de exponer lo que le sucedía y luego el médico preguntaba; era tarea del médico, no del paciente, preguntar, 4) evitar la verdad; es decir no revelar al paciente su verdadera condición de salud y se esperaba que ni el paciente ni sus familiares buscaran información sobre su dolencia en diccionarios o guías médicas para el hogar, y 5) asegurarle al paciente que él era en último caso el responsable de recuperarse; esto por cuanto se creía que sólo escuchando y siguiendo los consejos del médico, el paciente podía mejorar. Estos puntos caracterizan más una entrevista que una conversación. En el primer caso, es el entrevistador quien se reserva el "derecho" de hacer las preguntas y es quien domina el evento lingüístico. Esto contrasta con la flexibilidad y espontaneidad de los participantes en una conversación. Los problemas discutidos en este artículo nos obligan a plantear algún tipo de sugerencia que contribuya a mejorar la comunicación entre médico y paciente. Es aquí donde planteamos la importancia del "componente lingüístico" en la preparación de nuestros médicos.

EL COMPONENTE LINGUISTICO

En la preparación que tiene el médico no se considera el componente lingüístico como parte de su preparación. Sin embargo, debemos recordar que la práctica de la medicina no se puede realizar sin el uso del lenguaje. Una buena preparación para interactuar con los pacientes es tan importante como prepararse para auscultar, diagnosticar, decidir cuales exámenes de laboratorio son relevantes y recetar. Partiendo del hecho que el uso del lenguaje es indispensable en la práctica de la medicina, es aconsejable que nuestros médicos se beneficien de la valiosa contribución de dos áreas de la sociolingüística: el estudio de la

variación sociolingüística y el análisis de discurso. No se trata de recetarle al estudiante de medicina un tipo de lenguaje como el que todavía recetan algunos filólogos que siguen ciegamente los dictámenes de la Real Academia Española. Se requiere, más bien, que el estudiante reconozca, por un lado, la diversidad de dialectos regionales y sociales de nuestro país, especialmente en lo concerniente al nombre y descripción de enfermedades, síntomas y remedios en términos no médicos. Por otro lado, es esencial que el estudiante de medicina adquiera la capacidad de analizar el discurso de sus pacientes. Esta mejora en la preparación de los médicos beneficiará tanto a médicos como a pacientes. Mediante el análisis del discurso, el médico estará mejor preparado para escuchar analíticamente lo que su paciente trata de comunicarle verbal y no verbalmente. Le será más fácil comprender qué motiva la visita de su paciente, su agenda, qué es lo que más le molesta, por qué no responde a sus preguntas o comentarios, por qué insiste en preguntar sobre algo que ya se le ha explicado, por qué las pausas utilizadas por el paciente entre una pregunta y otra, o entre la pregunta y/o explicación del médico y la respuesta de su paciente son muy largas o muy cortas, etc. Es primordial hacer incapié en que la consulta médica constituye un evento lingüístico, un acto comunicativo y no un ejercicio mecánico de recetas según se perciban, impresionísticamente, los síntomas. Finalmente, es importante motivar la investigación interdisciplinaria: médicos y analistas del discurso, sociólogos, psicólogos y de otros profesionales cuya preparación académica los capacita para mejorar la práctica de la medicina social.

RESUMEN

En este artículo se discute los problemas de comunicación entre médico y paciente, prestando especial atención al servicio en las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social. También hacemos referencia a los servicios del personal administrativo por ser parte de la atención que recibe el paciente. Se argumenta que parte del problema de comunicación es el uso del vocabulario técnico por parte de los médicos pero que no es compartido por los pacientes. También nos referimos al origen del lenguaje profesional porque está íntimamente relacionado con la falta de comunicación con el

paciente. Finalmente, discutimos la importancia de dos áreas de la lingüística en la práctica de la medicina: La variación sociolingüística y el análisis de discurso. Palabras clave: comunicación, lenguaje, relación médico-paciente.

SUMMARY

This article discusses some of the problems faced by those patients who benefit from medical services offered by the Caja Costarricense de Seguro Social. Part of the discussion involves the administrative services, but the focus of the article is the problem of physician-patient communication. It is suggested that part of the problem comes from the technical vocabulary used by physicians but which is not shared by their patients. The origin of professional language is reviewed because it is closely related to the lack of communication with the patient. Finally, we discuss the importance of two major areas in linguistics in the medical profession: sociolinguistic variation and discourse analysis. Key words: communication, language, physician-patient relationship.

BIBLIOGRAFIA

- Barboza, Arturo. "Médicos de Lapicero." Enfoque del Redactor. La República. San José. 12 de marzo de 1991.
- Barber, Bernard. 1979. Communication between Doctor and Patient: What Compliance Research Shows. Language in Public Life. Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1979. 119-125.
- Gumperz, John J. 1982. Discourse Strategies. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Shirley Brice. 1979. The Context of professional Languages: An Historical Overview. Language in Public Life. Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1979. 119-125.
- Shuy, Roger W. 1979. Language Policy in Medicine: Some Emerging Issues. Language in Public Life. Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics 1979. 119-125.
- Tannen, Deborah. 1984. Conversational Style: Analyzing Talk Among Friends. New Jersey: Albex Publishing Corporation.