

La palabra y el silencio en la comunicación médico-paciente

Dr. Francisco J. Leal Quevedo*

"...no puede haber una clínica fina si el que la practica no ha aprendido, mucho más sutilmente que hasta ahora, a oír."

P. LAÍN-ENTRALGO

"Es muy conveniente tomar conciencia de las diferencias existentes entre la medicina científica y el verdadero arte de curar... el conocimiento en general se puede aprender, el segundo aspecto, en cambio, sólo puede adquirirse a través de la propia experiencia y del propio razonamiento, y va madurando con lentitud."

H. G. GADAMER

Existen muchas maneras de ver el acto médico, ello depende en gran medida de lo importante que sea el Otro en nuestras vidas. Cuando los seres a nuestro alrededor son un constituyente fundamental de nuestro ser, cuando la conciencia está vacía sin los demás, nuestro acto médico será pleno y auténtico. Es lo que se denomina la medicina dialógica. "La realidad 'dialógica' del ser humano —es decir, aquella que se revela en el encuentro o en el diálogo— pone al descubierto que en lo más entrañable de su existencia y hasta en el acabado de su física armazón, el hombre está constituido, de manera esencial, por su prójimo," dice Carballo.

El acto médico es comunicativo, tiene, por tanto, un emisor, un receptor y un mensaje. Pero para ser comunicación verdadera debe ser de dos vías, pues es un diálogo, no un monólogo.

En cada entrevista médica, con ese ser (el paciente) fundamental en nuestras vidas vamos a entablar un diálogo, una comunicación de doble vía. El intercambio vital que ocurre entre médico y paciente, para ser integral, debe componerse de oír y hablar y debe producir cambios en los dos protagonistas del hecho comunicativo.

El momento inicial de la entrevista

médica es el encuentro de dos miradas, una es mirada-regazo, que acoge, la otra es mirada peticionaria, que pide ayuda. Las dos miradas se encuentran, se acoplan. Este proceso instantáneo es silencioso. Pero una fracción de segundo más tarde, se hablan. La comunicación que empezó visual, se vuelve auditiva y verbal. El epicentro pasa del ojo a la palabra.

Oír y hablar son hechos complejos. El otro habla, pero su lenguaje no sólo está formado por lo más evidente: las palabras, sino por tres grandes elementos, lo paraverbal, lo verbal y el silencio.

Ese diálogo que vamos a comenzar es diagnóstico y a la vez terapéutico, con él podemos hacer la primera etapa del diagnóstico y a la vez, la fase inicial de la terapéutica es vehículo de psicoterapia verbal o de psicoagresión verbal. Sin embargo, en nuestras historias clínicas aún aparece la palabra interrogatorio. ¿Respeto las ideas del paciente o impongo las mías? Interrogatorio tiene ciertas resonancias de estrado judicial. Preferiría hablar de diálogo terapéutico.

Incitado por el médico o espontáneamente, el paciente habla. Allí están los tres elementos comunicativos principales. Cuando hablo con otro me expreso por mis gestos, mis palabras y mi silen-

* Médico pediatra.
Santa Fe de Bogotá.
Colombia.

cio. Lo paraverbal son el vestido –que no sólo cubre sino que es más lo que descubre– las posiciones corporales, gestos, suspiros, respiraciones profundas, arrastre de consonantes, interrupción súbita de una palabra o una frase. Aquí influyen de gran manera el medio social en que se ha formado el sujeto, su personalidad y la particular situación en que se halla. No hay palabras fonéticamente puras, todas llevan un halo más o menos notorio de expresiones sonoras paraverbales. El único lenguaje sin trasfondo paraverbal sería producido por un sintetizador, como el de los anuncios robotozados de un aeropuerto.

Es nuestra tarea conocer el drama personal del paciente, con estos pocos elementos y con un reducido tiempo. El objetivo es conocer la enfermedad del paciente y el paciente que sufre la enfermedad. La gnosiología médica está encarnada en sujetos concretos. Específicamente, en ese sujeto que está ahí, frente a mí, solicitando ayuda. Es fundamental no perder de vista que la comunicación médico-paciente está en todo momento condicionada por las experiencias previas de cada uno de los interlocutores en situaciones análogas.

El inicio de la entrevista es fundamental, la transferencia y contratransferencia se realizan ya en los primeros cinco minutos del encuentro. En la expresión paraverbal es muy honda la participación del cuerpo. Sin embargo, no se nos ha enseñado a conocer esta semiología del cuerpo. Es lo que Laín Entralgo llama la “opsitécnica médica”, pero ésta no se encuentra, ni siquiera en estado larvario, en lo que se nos enseña en los libros de semiología al referirse a la realización de la historia clínica.

Y tampoco conocemos la semiología de las palabras y de los silencios. Los dos están íntimamente unidos, hablamos como en clave morse, unos signos son sonoros, los otros son silentes. El silencio es el estado fundamental, sobre el cual se erigen las palabras.

Toda palabra tiene tres funciones: vocativa, expresiva o notificadora y nominativa o representativa. “Doctor, padezco de asfixia”, llama al médico, le notifica la existencia de un estado particular y nombra la particular índole de ese estado. Esa palabra es un código en el cual la cultura ha

colocado un significado, por ello es fundamental conocer la tradición y el presente cultural de la comunidad en la que se ejerce la medicina.

La palabra debe ser vista en toda su trascendencia. El enfermo habla de su enfermedad, habla de sí mismo, de su mundo, de su cuerpo, de su cosmovisión, al tiempo, en el mismo relato. Y debemos ser capaces de hacer una lectura paralela de esos diversos niveles de significancia. Sus palabras, gestos y silencios nos traen fragmentos del hombre actor de sí mismo, ejecutor del papel que biográficamente cumple en el teatro del mundo. Su relato habla de su enfermedad, de su intimidad, de su particular visión del mundo exterior.

A pesar del tiempo, de haber escuchado a tantos individuos diversos, este hecho comunicativo debe continuar emocionándonos, produciéndonos admiración. Como dijera J.P. Sartre, “La palabra dicha a otro es siempre sacra para quien la pronuncia y mágica para quien la escucha. Sacra, porque algo de sagrado tiene para el hombre el hecho de dar nombre a la realidad y en cierto modo, dominarla con la palabra. Mágica, porque modifica a distancia el ser del oyente y en la *actio in distans* tiene la intención mágica su rasgo principal”.

El médico debe ser sensible a la experiencia de la anamnesis. Es más profunda y compleja de lo que el principiante vislumbra. Ella me permite ver al paciente en el contexto de su enfermedad y la enfermedad en el contexto del paciente. Y más que la enfermedad debe interesarme la persona que la padece.

Difícilmente puede exagerarse la importancia del silencio en la vida del hombre. Hay un silencio presignificativo. Una palabra pronunciada es un edificio sonoro levantado sobre el suelo del silencio. El silencio es como el humus en el que germinan y cobran sentido las palabras pronunciadas.

Hay un silencio significativo, es aquel con el que se quiere expresar algo. Entonces la mirada y el gesto son el cauce principal de la intención expresiva.

Y hay un silencio transignificativo. Sólo callando puede entenderse con suficiencia lo que se ha dicho o se ha oído. Y quizás uniendo los tres anteriores, hay un silencio de comunión interpersonal. Este puede ser,

a la vez, abismamiento. Ello nos empieza a mostrar la considerable diversidad semiológica del silencio del enfermo. Existe el silencio del no saber decir. El de no poder decir. El de no querer decir.

Veamos ahora el silencio del médico. El saber hablarle al paciente no lo será si no sabe callar. El silencio puede indicarle al paciente la actitud acogedora del médico. Nada alivia tanto como el regazo de un silencio. Es un silencio de respeto y hermandad.

El diálogo no puede ser avasallante, se compone simplemente de sugerencias. Es el Otro, ser autónomo, dueño de su cuerpo y de su mente, quien debe tomar las decisiones sobre su vida, incluida su salud. Afortunadamente han pasado las épocas paternalistas donde el médico era quien sabía y ordenaba. Estos tiempos de autonomía y autodeterminación le reservan al paciente el poder decisorio.

La verdadera comunicación está basada en la adecuada percepción del otro. Y a su vez, el otro deja en mí su huella a través de la palabra y el silencio. Según K. Jaspers, "No el médico y un objeto confrontado, sino

la relación de yo y tú sería lo permanentemente decisivo en la conducta médica".

Y como este acto de comunicarme con el otro es de doble vía, nuestro oficio nos cambia; si ello no ocurre significa que no lo hemos hecho bien, oír a tantos sujetos deja su impronta. Pensemos si seríamos los mismos después de estos años de ser médicos de pacientes o de haber tenido una profesión sin contacto visceral con los otros, por ejemplo, un oficio solitario como el de un artista. Ojalá nos cambie para llegar a ser los sujetos integrales que conocen algo del misterio del otro, con todo lo que implica conocer realmente al otro. ■

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Carballo R. Violencia y ternura. 3ª ed. Madrid: Espasa Calpe, 1987.
- Carballo R. Una medicina dialógica. El prójimo como constitución del ser. Antropos N° 141:1-74.
- Gadamer Hans-Georg. El estado oculto de la salud. Barcelona: Gedisa, 1996.
- Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Barcelona: Gedisa, 1988.
- Laín Entralgo P. La relación médico paciente. Madrid: Alianza Universidad, 1983.
- Restrepo LC, Espinel Vallejo M. Semiología de las prácticas de salud. Bogotá: Ceja, 1996.