

Comprensión del discurso profesional en las relaciones interpersonales

Understanding professional discourse in interpersonal relationships

Ivelissi Jiménez Cruz

Máster en Cultura Latinoamericana, Licenciada en Educación especialidad Español-Literatura, Profesora Auxiliar. Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz, Facultad Profesorado Superior, Departamento de Español-Literatura, Circunvalación Norte Km 4½, Camagüey, Cuba, CP70600. ivelissi.jimenez@reduc.edu.cu

RESUMEN

Este artículo aborda la importancia de la comprensión del discurso en la relación médico-paciente. Su objetivo radica en valorar los múltiples condicionamientos que favorecen o entorpecen la comprensión en el proceso comunicativo que se produce entre el profesional de la salud y el enfermo. Se proporcionan, además, algunas sugerencias que el médico ha de tener en cuenta por ser quien conduce el intercambio con el paciente.

Palabras clave: comprensión, discurso, comunicación, médico, paciente.

ABSTRACT

This article deals with the importance of understanding doctor-patient's typical discourse. It values the several conditionings that favor or hinder understanding during the communicative process between health professionals and patients. It also provides doctors with suggestions since they are in charge of leading doctor-patient interaction.

Keywords: comprehension; speech; communication; doctor; patient.

INTRODUCCIÓN

La relación médico-paciente constituye uno de los muy variados modos de relaciones interpersonales que puede practicar el hombre. Tradicionalmente ha sido considerado un agente terapéutico que permite al enfermo la satisfacción de su necesidad de salud y al médico, el cumplimiento de uno de sus más importantes encargos en la sociedad.¹

La formación del médico, comprometido con el cuidado de la persona desde una visión integral, nunca puede centrarse solamente en la acumulación de conocimientos de diferentes especialidades relativas a la Salud Pública. Enseñarle a comprender que el paciente no solo es un ente físico y que son múltiples los factores que rodean su proceso comunicativo con él, no resulta un *además*, sino que constituye un elemento crucial y por esta razón, debe ser una de las finalidades de su educación para su eficaz desempeño profesional.²⁻⁴ De allí que el objetivo de este trabajo se centre en valorar los múltiples condicionamientos que favorecen o entorpecen la comprensión en el proceso comunicativo que se produce entre el profesional de la salud y el enfermo.

Si bien el médico ha de saber brindar explicaciones objetivas al paciente, también es cierto que precisa atender otros elementos y factores intersubjetivos que propicien la comprensión mutua del discurso que surge en esta relación sujeto-sujeto en la que debe primar la apertura, la simpatía y la generosidad. Sin lugar a dudas, ello implica la continua transformación de su percepción de la realidad y, a su vez, su propia transformación desde el punto de vista intelectual, espiritual y afectivo.

Esto exige hacer reflexionar al especialista en medicina acerca de las características de la actividad de intercambio de significados en la compleja acción de emisión y comprensión de discursos, teniendo en cuenta que en este proceso interactúan aspectos sociales, culturales, ideológicos, vivenciales, entre otros elementos.

La relación médico-paciente es un proceso de retroalimentación. Debido a ello, para la comprensión del sentido de las palabras que expresa el paciente, de sus ideas, de su visión de determinadas realidades, el médico debe considerar la conjunción de varios factores: situación comunicativa, intención comunicativa, factores sociales que refleja el enfermo como persona de una forma muy individual.

Por su parte, el médico, como guía de la comunicación, ha de tener en cuenta que el contenido de su discurso se adecue a las características del paciente, a sus expectativas, conflictos, preocupaciones, objetivos, posición social, experiencias anteriores, circunstancias en que se encuentra, percepción de su enfermedad, entre otros aspectos.¹

La relación entre el discurso y la cultura constituye un componente regulador atendible en la transmisión y la recepción de información debido a que los saberes, tanto del médico como del paciente, moldean la forma y el contenido en la emisión y la comprensión de significados, y estructuran la visión del mundo de cada participante en la comunicación. En efecto, el proceso de comprensión del discurso en la relación médico-paciente tiene un impacto transformador y enriquecedor para la personalidad, pues no solo contribuye al desarrollo cultural del hombre sino que también parte de él.

Hay en cada cultura un capital específico de creencias, ideas, valores que controlan la existencia de la sociedad y mantienen la complejidad psicológica y social. A ello se debe, entre otros factores, que el discurso adquiera concreciones diversas de acuerdo con la intención, la función y la situación comunicativa de las personas que interactúan, elementos que determinan los enfoques comprensivos que se asuman.^{5,6}

La significación de las circunstancias por las que atraviesen tanto el médico como el paciente, el nivel de tolerancia de ambos sujetos, entre otros aspectos, continúan siendo aristas a mejorar en el marco de los servicios de salud. No son pocas las opiniones de pacientes que refieren haber sido repelidos por el médico, con un estado afectivo desfavorable y un bajo nivel de profesionalidad, desde el primer intento de acercamiento.

DESARROLLO

Cualquier proceso en el cual la conducta de un ser humano actúa como estímulo de la conducta de otro ser humano, se considera comunicación. Como proceso de interacción social, puede ocurrir por medio de símbolos y sistemas de mensajes. Puede ser verbal o no verbal, interindividual o intergrupal. Variados pueden ser los medios que la posibiliten: visuales, táctiles, sonoros –no lingüísticos–, olfativos, etc. Distintos lenguajes, complementarios entre sí, sirven para comunicar y expresar con mayor precisión lo que se quiere decir.

Los seres humanos no hablan por hablar, sino que lo hacen motivados por la necesidad de comunicarse en un proceso social de interacción que puede tener la finalidad de informar, explicar, advertir, persuadir, etc. Es decir, las personas siempre se comunican con una finalidad determinada.

La producción de un discurso en el proceso de interacción social implica la codificación de un mensaje por parte del emisor que debe ser decodificado, comprendido por el receptor.

El emisor siempre tiene una intención comunicativa que surge de una necesidad o de un interés específico, que ha de ser captado por el receptor.

El lenguaje verbal, como una forma especial de relación entre las personas, permite la comunicación e influencia mutua, como acto mediante el cual un individuo establece con otro un contacto en el que se transmite y comprende una información.⁷

Para la comprensión de los significados que se emiten en un discurso, es preciso atender la situación en que se produce y su determinación por los hablantes que intervienen, la relación que existe entre ellos, el lugar en que se emite el mensaje, el tema, las actitudes o las intenciones, el grado de formalidad o informalidad, etc.

La función comunicativa del lenguaje posibilita expresar significados por medio de las palabras que tienen un contenido semántico, pero los términos pueden asumir diferentes significados en el intercambio comunicativo humano, al entrar en juego aspectos sociales, personales, de preferencia, de sensaciones, entre otros.

Por otra parte, cuando se produce un discurso en una relación interpersonal, la información que se obtiene de las palabras es inferior a la que se obtiene por medio del lenguaje no verbal, es decir, los gestos, la apariencia, la postura, la mirada, la expresión, etc. La comunicación verbal y no verbal mantienen una relación pues suelen emplearse juntas.

Por consiguiente, como una forma de uso del lenguaje, el discurso implica no solo el empleo de los signos, sino que incluye además otros componentes esenciales como quién utiliza el lenguaje, cómo lo utiliza, por qué y cuándo lo hace.⁸

La comunicación entre los seres humanos transcurre en el contexto de una actividad que condiciona el encuentro comunicativo. La práctica médica se inserta en el complejo sistema de relaciones humanas y la comprensión del discurso en el proceso comunicativo que se origina entre el médico y el paciente en un contexto específico, resulta indispensable para el estudio de la conducta del enfermo y su atención integral.

Es inexistente un artificio técnico que tenga capacidad de reemplazar los matices y la complejidad del intercambio humano porque las relaciones interpersonales no pueden ser comprendidas como las máquinas. La comunicación no conlleva necesariamente comprensión. La comprensión en el intercambio humano no ocurre de manera frontal, lineal sino que se enfrenta continuamente a bifurcaciones, desviaciones, estadios, riesgos, progresiones, regresiones, rupturas. Obedece a determinismos, asociados a la complejidad de las personalidades interactuantes.

En el caso de la comprensión en la comunicación que se establece entre el médico y el paciente está en juego una dialógica, es decir, una relación antagónica-complementaria, debido a que las partes integrantes se involucran en un proceso en el que se elaboran posiciones comunes o, por el contrario, se produce la separación de las partes.⁵

La relación entre el médico y el paciente ha de ser próxima e intensa, en un ambiente de respeto y afecto mutuo que trascienda lo estrictamente profesional para abarcar la dimensión humana del enfermo y alcanzar su entorno familiar.⁹ Es preciso que el profesional de la salud sea visto por el paciente como amigo y confidente. En la situación de comunicación que se establece entre ambos no solo interviene el contenido de una información que se está transmitiendo, sino también las imágenes de uno y otro interlocutor que se van conformando durante el transcurso del proceso de intercambio.

En el caso de la relación médico-paciente, se da un proceso de comunicación de carácter complementario donde el médico tiene un papel director, primario.¹⁰ Ambos, a medida que se comunican, se van formando una imagen del otro aún sin proponérselo, así como también una de cómo son percibidos por la otra persona. Estas impresiones pueden influir sensiblemente en el transcurso de la comunicación. Una primera impresión favorable del médico con respecto al paciente puede ayudar mucho en la prestación de sus servicios. El tipo de relación interpersonal que establecen entre sí constituye la base objetiva para la comprensión mutua en su comunicación.

La relación médico-paciente descansa sobre todo en una relación emocional.¹¹ Hay características, tipos, modales que propician un acercamiento o rechazo interpersonal. El tener una actitud prejuiciada ante el paciente puede distorsionar la información que de él se está recibiendo y percibirlo en forma inadecuada. La práctica médica requiere del profesional de la salud una ética de la comprensión que pide argumentar y refutar, en vez de excluir o estigmatizar al paciente. El clima afectivo durante la situación de comunicación nunca ha de ser percibido por el paciente como hostil porque limita la relación empática. Debe lograrse una comprensión tal que el médico pueda garantizar el ejercicio de su atención, sin afectar la relación con el paciente.

El enfermo constituye el centro de la actividad del médico y este no ha de olvidar que todos los pacientes son diferentes, de ahí la necesidad de sus continuos cambios de actitud para que cada enfermo se sienta tranquilo y confiado. Resulta beneficioso para el médico reflexionar frecuentemente acerca de qué elementos dentro de su estilo de comunicación pueden acarrear dificultades para la comprensión por parte del paciente.

La comunicación entre el médico y el paciente conlleva comprender en conjunto: el discurso que se produce, el contexto en que se origina y la individualidad que lo genera. La comprensión en la conversación que se efectúa, sobrepasa la mera explicación que solo sería suficiente para una comprensión intelectual u objetiva, pero insuficiente para la comprensión humana en toda su extensión. Este último tipo de comprensión entraña una percepción de sujeto a sujeto en la que ambos se identifican. Incluye necesariamente un proceso de empatía, de identificación y de proyección.¹²

El acto médico implica tres enfoques simultáneos e integrados: el científico, el arte del ejercicio de la medicina y el humanismo médico.^{13,14} Sin embargo, más que explicaciones, la persona enferma precisa que la atiendan y la comprendan. Son múltiples los obstáculos que pueden dificultar la satisfacción de estas necesidades.¹⁵ Entre ellos se hallan:

- La incompreensión del sentido de sus palabras, de sus ideas, de su visión del mundo.
- La ignorancia de sus normas y costumbres que puede conducir a la ofensa inconsciente.
- La incompreensión de los valores expandidos en su cultura.
- La incompreensión de sus principios éticos.
- El no tener en cuenta cuán preparado está para recibir información acerca de su enfermedad en un momento específico.

Existen otros factores relacionados directamente con el médico que pueden lastrar su comprensión del paciente. El cansancio, las inadecuadas condiciones de trabajo, las presiones asistenciales, los problemas personales, la actitud incorrecta del enfermo, entre otros aspectos, pueden afectar tanto la forma en que se dirige al enfermo como el modo en que receptiona su discurso. Estos obstáculos pueden conducir al médico a considerar secundario, insignificante u hostil el discurso del paciente y por otra parte, ocasionan que el enfermo se forme una imagen negativa del médico a partir de una primera impresión, lo que desencadena determinadas actitudes hacia él que nada ayudan al proceso de comunicación.

Otros obstáculos interiores en la comprensión humana amenazan la relación con el paciente basada en la confianza, la seguridad y la simpatía. La indiferencia, la arrogancia, la prepotencia, el egocentrismo, las ideas preconcebidas constituyen fuentes importantes de incompreensión y producen posiciones autoritarias del médico que ve al enfermo como súbdito.¹⁶

Para la comprensión del discurso del enfermo se necesita tener conciencia de su complejidad como ser humano. Es decir, supone la apertura del médico al intercambio intenso y profundo, al que se asocian emociones y vivencias diversas.¹⁷

Entre los elementos que pueden favorecer el proceso comprensivo del discurso en la relación médico-paciente se encuentran:

- Saber escuchar.
- Situarse psicológicamente en el lugar del enfermo.
- Comunicar teniendo en cuenta los diferentes grupos de edades.
- Familiarizarse con su individualidad, vida cotidiana y entorno.
- Conocer el contexto concreto en que tiene lugar una expresión.
- Conocer los sistemas sociales y culturales que proveen el significado (formación y medio cultural).
- Abrirse amablemente hacia el paciente.
- Tolerar propósitos, opiniones, ideas y creencias del paciente.
- Emplear términos que el paciente pueda comprender.
- Usar expresiones y gestos que favorezcan la salud del paciente.
- Tener en cuenta la situación de salud concreta del paciente.
- Establecer una comunicación no verbal congruente con la comunicación verbal y viceversa.

La atención a estos requisitos propicia un ambiente agradable y facilita al médico promover la salud, prevenir y curar. El ser humano no es únicamente físico y el primer paso para la beneficencia, es la comprensión.¹⁸ Esto no es una cuestión sencilla, pues, como alertara Edgar Morin, al aludir a los cambios profundos de pensamiento indispensables para la preparación del futuro: “Las enfermedades corporales, no son solo corporales. Las enfermedades psíquicas, no son solo psíquicas. Todas ellas tienen las tres entradas: la entrada somática, que tratan los médicos con medicamentos e intervenciones quirúrgicas, la entrada psíquica [...] que tratan hoy psicoterapeutas y psicoanalistas, la entrada ecológica y/o social donde penetran las perturbaciones del medio [...]”⁶

Resulta entonces un presupuesto inobjetable para garantizar la calidad de los servicios, tener en cuenta el vínculo entre las condiciones del medio y la situación de salud del

paciente. Al analizar este particular en la medicina familiar, Martínez Calvo se refiere a la necesidad de que el médico considere no solo recursos materiales sino también humanos para identificar, dar solución o controlar los problemas de salud.^{19,20}

La formación de los profesionales de la salud con la mayor calidad, es un factor determinante en la educación médica y un objetivo de trabajo para todos los docentes, por su repercusión en la prestación de los servicios a la población.^{21, 22} De ahí la importancia de la comprensión del discurso en la relación médico-paciente, como garantía del óptimo desarrollo del proceso comunicativo consustancial a la práctica médica y profundización en los elementos que la distinguen. Solo con una relación afectiva de comprensión y respeto, se beneficiará al paciente y se obtendrá su consentimiento para lograr el éxito diagnóstico y terapéutico.

Con todos los pacientes es importante dialogar, de modo que se les permita conocer, comprender y comportarse ante su enfermedad; pero lo es mucho más en aquellos que deben aprender a vivir con sus problemas de salud. El oído receptivo del médico ha de escuchar más que un listado de síntomas y cualquier intento de tranquilizar al enfermo, debe partir siempre del consuelo alentador, en una relación participativa afable que hará al paciente proporcionar al médico la información que facilite valorar, orientar, diagnosticar y tratar.

CONCLUSIONES

Aprender en conjunto el discurso y el contexto, la persona y su entorno, el enfermo y su individualidad, sienta las bases para la comprensión humana en la relación médico-paciente.

La prevención y promoción de la persona en la labor asistencial del médico requiere aprendizaje y re-aprendizaje de manera permanente.

La comprensión es a la vez medio y fin de la comunicación humana. La relación médico-paciente necesita comprensión mutua en todos los sentidos.

El reconocimiento del valor de la comprensión del discurso en la relación médico-paciente y su importancia desde el punto de vista psicológico, entronca gnoseológicamente con el reconocimiento del valor de la visión integral del hombre.

El profesional de la salud no puede desatender que la comunicación con el paciente es consustancial al método clínico y que coadyuva a que este se desarrolle con la dimensión humana que lo ha de caracterizar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Arce MA. Relación médico-paciente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
2. Macías Llanes ME. Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica. Rev Hum Med [Internet]. 2011 [citado 20 Oct 2015];11(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000100003&lng=es
3. Alonso González M, Ruiz Hernández I, Ricardo Alonso O. Prioridades en la formación ético-profesional para alcanzar una adecuada comunicación médico paciente (segunda parte). Rev Med Electrónica [Internet]. 2011 [citado 4 Sep 2014];33(1). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/805/html>
4. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente ¿Cuáles son las habilidades efectivas? Rev Méd Chile [Internet]. Ago 2010 [citado 4 Sep 2015];138(8).Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800016&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
5. Morin E. Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. París: Unesco; 1999.
6. Morin E. El método V. La humanidad de la humanidad. La identidad humana. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya S. A.); 2003.
7. Domínguez García I. Comunicación y discurso. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2004.
8. Roméu Escobar A [compiladora]. Didáctica de la lengua española y la literatura. Tomo I. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2013.
9. Tobón Marulanda FA, Mejía ML, Gutiérrez Z P. Un mundo mejor es posible: Educación humanista hacia la búsqueda del ser humano en la Atención Farmacéutica y en la ciudadanía. Madrid: Editorial Académica Española; 2012.
10. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Tomo I. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.

11. Rodríguez López AJ, Valdés de la Rosa C, García Barrios C, Casas Rodríguez L. Habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de la carrera de Medicina. Rev Hum Med [Internet]. 2013 [citado 16 Oct 2015];13(2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/355/221>
12. Fernández González AM, Álvarez Echevarría MI, Reinoso Cápiro C, Durán Gondar A. Comunicación educativa. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2002.
13. De Posada Rodríguez S, Rodríguez Agramonte R, Broche Ulloa M, Cobo Rodríguez E. Conformación histórica del método clínico. Rev Hum Med [Internet]. 2013 [citado 16 Oct 2015]; 13(3). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/217/303>
14. Peña Fernández M, Tápanes Daumy H. La relación médico-paciente en el ámbito de la Imagenología. Rev Hum Med [Internet]. 2012 [citado 20 Oct 2015];12(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/187/111>
15. Muñoz Calvo EM, García González MC, Leyva Barceló LA, Ricardo Bencomo K. Barreras de comunicación en la relación tecnólogo-paciente en el contexto profesional. Rev Hum Med [Internet]. 2013 [citado 15 Oct 2015];13(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/294/180>
16. Tobón F, López Giraldo L A, Fernando Ramírez J. Acompañamiento psicosocial a jóvenes marginados para prevención de la fármacodependencia Rev Hum Med [Internet]. 2013 [citado 14 Oct 2015];13(2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/368/213>
17. Vicente Marillo M. Desde el análisis de contenido hacia el análisis del discurso: la necesidad de una apuesta decidida por la triangulación metodológica. En: Sierra Caballero F (coordinador). Iberoamérica: comunicación, cultura y desarrollo en la era digital. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2009.
18. Torres Romo UR, Marante Vilariño A, Fernández Franch N, Betancourt Vasconcelos A. Primer ciclo formativo de Medicina en el Policlínico Julio Antonio Mella de Camagüey. Rev Hum Med [Internet]. 2012 [citado 21 Oct 2015];12(1). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/75/103>
19. Martínez Calvo S. Modelo formativo-capacitante para el análisis de situación de salud [tesis]. La Habana: ENSAP; 1996.

20. Ramos Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente por parte de los usuarios externos del Departamento de Medicina del Hospital Carrión, Callao-Perú. [Tesis]. Lima: 2008. [citado 13 Ene 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2473/1/Ramos_rc.pdf
21. Díaz Mastellari M. En Defensa de la Medicina y de su Método Científico [Internet]. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2005 [citado 14 Sep 2015]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/en_defensa_de_la_medicina_y_su_meto_do_cientifico.pdf
22. Zapata Vasco JJ. La educación universitaria y la formación humanística: un reto por construir. Uni-pluri/versidad [Internet]. 2008 [citado 11 Sep 2015];8(3). Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/1810/1478>

Recibido: 26/10/2015

Aprobado: 19/01/2016

Ivelissi Jiménez Cruz. Máster en Cultura Latinoamericana, Licenciada en Educación especialidad Español-Literatura, Profesora Auxiliar. Universidad de Camagüey Ignacio Agramonte Loynaz, Facultad Profesorado Superior, Departamento de Español-Literatura, Circunvalación Norte Km 4½, Camagüey, Cuba, CP70600. ivelissi.jimenez@reduc.edu.cu