

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD ECLESIAÍSTICA DE CIENCIAS FILOSÓFICO-TEOLÓGICAS  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN FILOSOFÍA**

**La Comunicación Como Escucha, Cercanía y Lenguaje Simbólico**

**Autora:**

**Julia Edith Soria Silva**

**jesoria@puce.edu.ec**

**Código ORCID:**

**<https://orcid.org/0000-0001-84840370>**

**Director:**

**Dr. Efrén Ernesto Santacruz Paz**

**esantacruz@puce.edu.ec**

**Código ORCID:**

**Quito, 2024**

## DECLARACIÓN DE PROPIEDAD INTELECTUAL, AUTORÍA Y PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Yo, Julia Edith Soria Silva, con cédula de ciudadanía No. 1708783871, en mi calidad de estudiante del programa de posgrado Maestría en Filosofía de la Facultad Eclesiástica de Ciencias Filosófico-Teológicas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, como investigador principal del proyecto titulado ***“La comunicación como escucha, cercanía y lenguaje simbólico”***, declaro que soy autora de este estudio y reconozco la filiación institucional de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE, de conformidad con lo establecido en la norma de los Arts. 100, 101, 108, 110 y 118 del Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación – Código Ingenios; y Arts. 3, 4, 5, 6, 10 y 12 de la Normativa Procedimental Interna para Publicaciones Científicas, Técnicas y Artísticas de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

De la misma manera, en lo referente a derechos de autor, declaro que la propiedad moral de la investigación me corresponde como único autor de la tesis, concedo y reconozco los derechos de propiedad patrimonial, que dimana de los Derechos de Autor, a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCE, de conformidad con lo establecido en la normativa del Código Ingenios y de la normativa interna de la PUCE.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT una copia del referido trabajo de graduación en formato digital para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir el referido trabajo de graduación a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 11 de septiembre de 2024

---

Julia Edith Soria Silva  
C.I. 1708783871  
juliedsorias@hotmail.com

## RESUMEN

El lenguaje es esencial en la interrelación entre seres humanos y es fundamental en la comunicación médico-paciente. El lenguaje médico considera principios bioéticos promoviendo la autonomía y dignidad del otro. Implica el lenguaje no verbal y verbal en términos no técnicos que facilite la comprensión de la condición particular del paciente para que pueda tomar decisiones. La comunicación médica debe facilitar hablar con claridad y con la verdad, que el Yo, médico, reconozca al Tú, paciente, vulnerable que se expresa en su rostro y su cuerpo exigiendo atención. El lenguaje médico científico es necesario para transmitir el conocimiento, pero no permite llegar al paciente, limita el reconocimiento mutuo, la escucha y el acercamiento. Filosofía y medicina tratan de comprender al ser humano y sus problemas, por lo que debería haber un apoyo mutuo en la formación profesional del médico, que facilite la comunicación mediante un lenguaje simbólico basado en la escucha activa, empatía, comprensión y ayuda al Tú frágil.

**Palabras clave:** filosofía, medicina, comunicación, escucha, lenguaje médico, lenguaje simbólico.

## ABSTRACT

Language is essential in the interrelation between human beings and is fundamental in doctor-patient communication. Medical language considers bioethical principles promoting the autonomy and dignity of the other. It involves non-verbal and verbal language in non-technical terms that facilitates understanding of the patient's particular condition so that they can make decisions. Medical communications must facilitate speaking clearly and with the truth, so that the I, doctor, recognizes the vulnerable You, patient, who expresses himself his face and his body demanding attention. Scientific medical language is necessary to transmit knowledge, but it does not allow us to reach the patient, it limits mutual recognition, listening and rapprochement. Philosophy and medicine try to understand human beings and their problems, so there should be mutual support in the professional training of the doctor, which facilitates communication through a symbolic language based on active listening, empathy, understanding and help to the fragile You.

**Keywords:** Philosophy, medicine, communication, listening, medical language, symbolic language.

**TABLA DE CONTENIDOS**

	Página
1. Filosofía del lenguaje.....	6
2. Simbología del lenguaje.....	9
3. Lenguaje y comunicación en el área médica.....	12
4. Análisis filosófico del lenguaje simbólico.....	17
5. La comunicación médica como escucha y cercanía.....	19
6. La comunicación como lenguaje simbólico y el compromiso con la verdad	22
7. Discusión.....	25
8. Conclusiones.....	26
9. Referencias.....	27

## INTRODUCCIÓN

En la profesión médica es importante una comunicación efectiva entre médico paciente y la familia para que la persona en una condición de enfermedad pueda ejercer el principio de autonomía y tomar la mejor decisión relacionada al diagnóstico y tratamiento.

Frecuentemente pacientes y familiares expresan desconocer acerca de su salud y enfermedad. Situación probablemente relacionada a una información inadecuada encubierta por un lenguaje técnico o evasivo utilizado por el médico, asociada a una posición paternalista aún no superada que impide escuchar al paciente y decirle la verdad, y en el peor de los casos no querer enfrentar al paciente y familiares.

En el proceso de la formación médica se podría estar omitiendo ciertas actividades necesarias en el desarrollo de actitudes y habilidades para una adecuada comunicación dialógica en beneficio del paciente.

Es importante realizar un análisis teórico sobre el uso del lenguaje y el intercambio de información en la práctica médica desde la perspectiva de la filosofía dialógica, ética dialógica y la corriente filosófica personalista de Martín Buber basada en la confianza, el respeto y el reconocimiento del otro en su esencia de persona, tratando de reflexionar desde la práctica médica.

### 1. FILOSOFÍA DEL LENGUAJE

La filosofía es la construcción de teorías de un alto nivel abstracto y general. Entendiendo por teoría toda forma conceptualmente elaborada de interpretación de la realidad y del modo de relacionarse con ella. Interpretación total razonada y autónoma del pensamiento, aunque no necesariamente del conocimiento. La filosofía del lenguaje no tiene otra justificación que la que pueda tener una filosofía del hombre (Hierro, 1984). La formación médica por lo general se ha basado en la enseñanza del conocimiento sin dar mayor atención a la formación filosófica y ética como base de la relación médica.

Por lenguaje se entiende un sistema establecido de signos lingüísticos y no lingüísticos mediante los cuales el ser humano expresa estados de ánimo, transmite pensamientos y formula conocimientos (Blázquez et al., 2002). La filosofía en relación con la función del lenguaje puede variar si interpreta la realidad, aporta a la constitución de la conciencia o es el medio que permite expresar conocimientos valoraciones y culturas. Aunque el lenguaje es considerado exclusivo del hombre ciertos animales también emiten signos o señales y producen sustancias para regular determinadas conductas; pero el hombre posee medios de comunicación eficaces producto del desarrollo espontáneo de sus capacidades biológicas (Hierro, 1984).

Históricamente ha sido importante la contribución de corrientes filosóficas del siglo XX en Occidente y el aporte de pensadores como Husserl, Heidegger, Gadamer, Cassirer entre otros en la base de las diversas definiciones de signo y símbolo como componentes básicos del lenguaje, relacionadas a los conocimientos teóricos diversos de cada autor y a su contexto particular lo cual ha limitado una clasificación universal. Se puede considerar: signo como una entidad mental que relaciona significante, significado e intérprete; significante como lo que sirve de signo, es decir una forma, un objeto o un evento perceptible por los sentidos e identificable en el mundo real; significado es la conclusión o información resultante de la interpretación del significante; intérprete o receptor quien realiza el paso del signo a lo significado permitiendo la conexión entre ambos (Hierro, 1984).

Según Humberto Eco (1984) vivimos inmersos en signos es decir en todo cuanto representa a otra cosa en algún aspecto para alguien. Al vivir en sociedad vivimos en un mundo de signos y fenómenos de significación característica de seres humanos incluidos en una sociedad de códigos que rigen las relaciones interpersonales (Eco, 1984). La sociedad médica y su mundo de códigos médicos poco conocidos por la sociedad general

condicionarían y limitarían la comunicación y por lo tanto la interrelación con resultados poco beneficiosos para el paciente.

En el lenguaje humano verbal y no verbal todos los individuos son receptores de las señales ajenas y propias, todo emisor es al mismo tiempo receptor e intérprete (Hierro, 1984). En la relación médica se debería dar mayor importancia a la posición del médico como receptor activo de las emisiones verbales y no verbales del paciente y como intérprete activo de signos no necesariamente clínicos y sus significados. En la práctica médica el lenguaje no técnico es necesario para una verdadera comunicación.

El Lenguaje verbal característico de la especie *homo sapiens*, producto de la evolución de la complejidad del cerebro, órganos fonadores y sistema simbólico permite transmitir la tradición, la historia y la cultura, puede ser oral, escrito, pictográfico y silbado (Hierro, 1984). En medicina se debería considerar el lenguaje oral como fundamento para una comunicación adecuada; el escrito que debe ser claro y entendible; y el pictográfico para facilitar la comprensión de la condición del paciente.

El uso del lenguaje se caracteriza por ser creativo innovador y activo siendo la mayor parte de las expresiones y oraciones que se pronuncian totalmente nuevas y solo un porcentaje de estas son correctas, comprendidas y utilizadas (Bricmont y Frank, 2010). Desde la filosofía los problemas de relación entre lenguaje y clases sociales giran en torno a la representación de una ideología, así el *lenguaje de clase* que conecta a un grupo social cuya manifestación en el habla expresa la pertenencia del individuo a esa clase, como el lenguaje médico. La ideología es usada por algunas personas para ejercer poder sobre otras a través de una significación abstracta que casi siempre es “por su bien” donde el poder se presenta como altruista (Bricmont y Frank, 2010).

El lenguaje verbal y no verbal como una facultad, un sistema de signos, un conjunto de episodios individuales y conjunto de acontecimientos es importante en la relación médica

entre personas en una condición particular y debe considerar fundamentalmente el lenguaje ético (Hierro, 1984). La medicina tiene dimensiones éticas, los valores humanos están presentes en toda práctica médica donde la toma de decisiones se basa en juicios de valor y para quien la ejerce es una forma de vida que conlleva un compromiso ético (Sánchez, 2021).

## 2. SIMBOLOGÍA DEL LENGUAJE

El mundo del hombre está lleno de dualidades como nacer y morir, salud y enfermedad, lo cual se refleja en su actitud y su lenguaje que se manifiesta dualmente a través de vocablos esenciales como *Yo-Tú* y *Yo-Ello* para comprender la relación del ser humano con el mundo compuesto por otros seres humanos, animales y naturaleza. La relación del hombre con la naturaleza está por debajo del nivel de la palabra porque las creaturas no pueden llegar al hombre con el lenguaje verbal. La relación del hombre con los hombres llega al nivel del lenguaje dando y aceptando al Tú (Buber, 1982). Entonces el uso de los vocablos *Yo-Tú* y *Yo-Ello* tienen mayor importancia en el área médica como base para la comprensión de la relación cercana entre el médico y el paciente y la familia.

Decir Tú implica al Yo y decir Ello también implica al Yo, porque el Yo existe y se manifiesta cuando se relaciona con el Tú y con el Ello. El Tú existe en una relación y el Ello existe rodeado por otros Ello donde el mundo se deja experimentar por el hombre a través de la relación Yo-Ello, mientras que el Yo-Tú crea ese mundo de relación, por tanto, el Yo no puede vivir aislado (Buber, 1982).

Buber en base a su pensamiento judío considera un lenguaje creador en el cual Dios da vida al universo mediante la palabra, uniendo la divinidad con las cosas y con el hombre; Dios se vuelve palabra por intermedio del hombre, vivir significa que a UNO le dirigen la palabra (Torres, 2021).

La persona tiene un valor que merece respeto y progreso garantizado (Cortina, 1986). La biología señala el origen personal de un ser como fundamento para clasificar, pero no

como finalidad verdadera objetiva de la persona. El valor absoluto está en el hombre por el hecho de ser hombre, su humanidad es imagen divina. En la práctica se precisa de la categoría “imagen de Dios”, aunque no se justifique con la razón porque es una invención posible de esclarecer solo por la revelación. La existencia de Dios se manifiesta por la razón del obrar y la libertad (Cortina, 1986).

Cada acontecimiento de un ser humano es un llamado del otro que se manifiesta en signos presentes en lo sucedido. El ser humano intenta desconocer y rechazar esos signos porque le exigen respuestas que llevan a la plenitud de la propia vida, pues a través de la relación dialógica Dios llama al hombre para que se convierta en su Tú y que en cada encuentro persona a persona sea capaz de romper la barrera y abrirse a los acontecimientos del otro usando el lenguaje que está en el hombre y le permite hablar desde sí. El conocer y el amar del hombre como persona no depende de sí sino de un conocer y un amor personal y divino en relación con El Creador. El amor personal está enteramente comprometido es decir alguien vale lo que vale su amor personal, amar es parte del ser persona humana, “Si no amo, nada soy” (Buber,1982; Selles,2013).

Lenguaje no es solo la lengua que se habla o expresa como parte del proceso de comunicación, lo verdadero debe ser el lenguaje del espíritu que permite percibir la realidad en forma diferente de la ciencia y la medicina (Buber, 1982).

La relación con el otro significa elegir y ser elegido de forma pasiva y activa. Es un encuentro permanente donde intervienen los sentimientos que habitan en el hombre. El hombre habita en el amor que lo relaciona con Dios y que se adhiere al Yo para que el Tú sea contenido y mantenido en ese amor que permite que el Yo vea al Tú como un ser único y exclusivo que lleva a ayudar, curar, educar, proteger, etc. El amor es la responsabilidad de un Yo por un Tú que permite la igualdad, pero muchas veces el amor puede ser “ciego” cuando

no logra ver la totalidad de un ser, del otro, del Tú, llevando al hombre al reino de la limitación humana por la incapacidad de decir Tú.

Generalmente el Tú viene sin ser buscado, el Yo es quien toma la decisión de entrar en una relación en la que se elige y se es elegido sin interposición de fines ni placeres ni anticipaciones, donde el Tú deja de ser un Ello volviéndose una relación más cercana. Si ese Tú se vuelve nuevamente un Ello puede aparecer melancolía y sufrimiento porque el Ello volvería a ser un objeto entre objetos (Buber,1982; Selles,2013).

A través del lenguaje se evidencia la ética y al aceptar al Tú se pretende restituir el valor de cada ser humano como ser individual que se relaciona con otro individuo sea persona o no, iniciando por dar a cada uno un “nombre propio” mirándolo como una singularidad auténtica.

Lo real, lo verdadero y lo determinante en la relación es el encuentro persona-persona y las virtudes naturales sobrevienen del hecho de ser persona. El bien es difusivo pero el amor es creciente y supone encuentro y donación. Producir el sonido Tú con la voz no debe ser lo fundamental porque murmurar desde el fondo del alma un Tú amoroso puede ser peligroso si solo se busca experimentar y utilizar. De acuerdo como se pronuncie el Yo indicará el lugar que ocupa y a donde conduce su camino, así el Yo de una boca egoísta, trágica, violenta, vana, o el Yo de la boca del diálogo infinito viviente y energético, o el Yo de Jesús del reino de la relación incondicional (Buber, 1982).

El niño desde que nace a través de sus gestos, sus movimientos tiernos, sonidos que luego serán palabras y diálogo busca relacionarse con el Tú que inicialmente será su madre. El instinto de relación buscará un interlocutor de forma no verbal, un Tú innato, a través de las relaciones táctiles y visuales con alguien o algo que va descubriendo en cada acontecimiento (Buber, 1982).

Las personas se relacionan con su vida de afuera donde el hombre trabaja y con su vida de adentro desde los sentimientos y emociones. El Yo es real mientras más participa en la realidad conociéndose a sí mismo como ser interrelacional (Buber, 1982).

El Estado no debería agrupar a ciudadanos totalmente extraños sin permitir el desarrollo de una verdadera comunidad de amor de hombres unidos por un sentimiento libre con lazos de reciprocidad, donde el espíritu del Tú infunde en todo trabajo una significación, alegría, piedad y devoción suficientes. Solo en la convivencia con los hombres el lenguaje se completa y recibe respuesta.

El Yo y el Tú se relacionan e intercambian, el ser humano se siente contemplado y contemplador, conocedor y conocido, amante y amado en una presencia que implica una real y entera reciprocidad y sentimiento de ser acogido. Lo central es la relación donde toda acción del ser humano es hacia un otro, se caracteriza por su modo de relacionarse con el otro y la posibilidad de encontrarse con la totalidad (Buber, 1982).

El ello representa el lenguaje superficial que la razón categoriza permitiendo al ser humano vivir de forma ordenada, establecer un relato de lo acontecido y predecir lo que acontecerá. La ciencia es la fortaleza donde el ser humano está seguro porque puede controlar un mundo donde es necesario el Ello para poder vivir. El ser humano se debe constituir en el encuentro a través del lenguaje entre persona a persona (Torres, 2021).

### **3. LENGUAJE Y COMUNICACIÓN EN EL ÁREA MÉDICA**

El lenguaje médico escrito ha evolucionado en el tiempo desde la sencillez de los griegos hasta el lenguaje parco americano. Antiguamente a falta de hallazgos experimentales para comunicar, los médicos plasmaban la experiencia de toda su vida en libros usando un lenguaje bello que fundía medicina y filosofía. La Edad Media época de una baja cultural se caracteriza por escritos con expresión florida, pero con poca sustancia. En el Renacimiento aparecen secretamente investigaciones médicas y los investigadores fundan sociedades para

comunicar a la distancia mediante cartas muy elocuentes sus descubrimientos (posteriores revistas científicas). En 1930 aparece el lenguaje sobrio científico y en adelante publicaciones muy sucintas y precisas. (Lederman, 2011).

El lenguaje científico puede refutar y elaborar hipótesis y teorías que se sustentan en la relación entre sujeto dueño del conocimiento y objeto-cuerpo a ser estudiado y en ciencia y no ciencia que diferencia entre lenguaje científico y retórico (Cabrales, 2017).

El lenguaje de la medicina tiene particularidades sintácticas, morfológicas, fonéticas, fonológicas y estilísticas diferentes de otras especialidades y del lenguaje general (Hernández, 2010). Se apoya en la gramática para evitar términos de gran carga emocional que pueden conmocionar a paciente y familiares al enfrentar la verdad como parte importante del tratamiento (Patiño, 2010).

La medicina ciencia, profesión y arte con un lenguaje propio, amplio y abierto aprendido en un marco deontológico estricto con fundamentos de humanismo y humanitarismo con lenguajes propios que registrarán nuevos términos en todos los idiomas con el surgimiento de la biomedicina e infomedicina (Patiño, 2010).

Los niveles de la comunicación en medicina son: el de la ciencia, que exige rigor en la terminología médica; el de la profesión, comunicación clara con paciente y familiares, estamentos de la sociedad y entes reguladores; el del trabajo del médico, usando siglas y abreviaturas en el registro médico. En todos los niveles la comunicación implica responsabilidad ética, social y científica, pues su uso incorrecto puede dar imprecisión y ambigüedad en lo que se quiere transmitir (Patiño, 2010).

La medicina es una ciencia social en la cual el lenguaje y la comunicación han sido medios para la construcción social del individuo y la medicina enfocada en la enfermedad y no en el enfermo, causando pérdida de autonomía y capacidad de acción del paciente. Para Foucault según Nespereira (2014), la medicina como “ciencia del individuo” es la

construcción discursiva del conocimiento médico que permite ejercer poder sobre los individuos, ya sea por el propio médico a través de normas, por la ideología política con el discurso de la tecnología médica o por los individuos medicamente alertas en sus comportamientos y formas de vida (Nespereira, 2014).

El médico en su formación aprende ciertas actitudes para la relación con los pacientes con bases en la historia de la medicina, la cultura, historia personal, historia formativa e historia laboral. Incluye palabras, expresiones, comportamientos y conductas particulares de la profesión médica que han ido cambiando a lo largo de la historia influyendo en la comunicación y comportamiento médico. Antiguamente el médico era valorado porque había pocos y la medicina era una carrera difícil de acceder. El médico general con conocimientos generales de todo y pocos tratamientos disponibles era quien conocía y se relacionaba muy de cerca con sus pacientes. A pesar de surgir especializaciones con nuevas tecnologías y tratamientos más eficaces, el médico siguió enfocado en la enfermedad iniciando además en la investigación científica dejando de lado la atención clínica.

Los nuevos conocimientos y la tecnología aumentarían el paternalismo y el distanciamiento con el paciente pues el médico sabe más sobre el funcionamiento del organismo y enfermedades. La tecnología facilita diagnósticos sin necesidad de preguntar mucho acerca de síntomas minimizando la importancia de la comunicación con el paciente, ocasionando insatisfacción e incompreensión por no ser escuchado. Aparece desconfianza del paciente quien cree ser mal diagnosticado, usado como conejillo de indias en experimentos que dan fama al médico enfocado en intereses comerciales.

Según el modelo biomédico la atención médica impone dogmas considerados por el médico como verdades. La atención al paciente generalmente se enfoca en la búsqueda de signos físicos que evidencien enfermedad, dando poca atención al proceso sociocultural y significados asociados. Domina la visión mecánica sin subjetividad, sin pensamiento integral

centrado en el cuidado del otro. Se considera al paciente un ser pasivo que no debe opinar sobre su proceso de atención y cuidado, carente de habilidades de comprensión y colaboración cuando no cumple las indicaciones de la autoridad médica (Moglia, 2003). El modelo de atención centrado en el profesional, conocimiento, tecnología y enfermedad aún se mantiene en médicos y docentes formados bajo ese modelo que distancia al paciente e influye en la persistencia del paternalismo en la relación clínica.

El lenguaje como instrumento de comunicación social no solo expresa experiencias individuales o sociales, también las crea y les confiere figurativamente un significado compartido en el seno de una cultura; una cultura se expresa en forma determinante a través del lenguaje (Benavent, 2017).

El lenguaje médico científico técnico, usa términos precisos y exactos sin apoyo lingüístico del lenguaje coloquial compuesto de significados más profundos. El conocimiento del origen, construcción y normas de los términos médicos facilitan el aprendizaje, comprensión y uso por los profesionales. La medicina occidental moderna con base en la medicina romana griega y egipcia, ha ido creciendo y enriqueciéndose con nuevos términos y palabras que combinan términos vinculados a la educación médica y a la historia de la medicina, compuestos por morfemas grecolatinos, alemanes (mastocito), árabes (azúcar), franceses (bocio), holandeses (droga), italianos (malaria), ingleses (shock), epónimos (pánico del dios griego Pan), siglas y neologismos que facilitan al médico nombrar las enfermedades (Benavent, 2017).

El lenguaje médico usa abreviaturas, siglas y acrónimos que pueden ocasionar problemas de comprensión e interpretación por ser particulares, inventados y no consensuados. Combinar letras, números, guiones y signos matemáticos lo vuelve complejo y difícil de recordar y las siglas polisémicas pueden tener diferente significado para diferentes

especialidades, sumado al uso de extranjerismos innecesarios y falsos amigos (Benavent, 2017).

Los problemas en la relación médico-paciente son los que dan importancia a la comunicación. Situaciones particulares del médico pueden influir sumadas al gran número de pacientes que atender, presión por cumplir metas y requerimientos, tiempo corto para la atención con limitaciones logísticas, poco espacio compartido, presencia de personas que interrumpen constantemente y obligaciones administrativas que quitan tiempo (Moglia, 2024).

Por otro lado, los pacientes llegan a la consulta con su carga de problemas, dificultades económicas y sociales, largos viajes, pérdida de días de trabajo, espera de interminables colas para cumplir requisitos administrativos para ser atendido, tratar de llegar a la cita por largos pasillos de los hospitales sin correcta señalización (Moglia, 2024).

Un médico y un paciente estresados limitan la comunicación adecuada y la atención médica. El médico es el responsable de romper esa limitación porque está realizando el trabajo en la institución donde acude el paciente. Debe promover la adecuada comunicación porque tiene los conocimientos, la capacidad y el entrenamiento para hacerlo, demostrando así su profesionalismo (Moglia, 2024).

Relacionado al lenguaje no verbal en la comunicación, la historia relata que los profesionales de la salud frecuentemente llevaban atuendos que los distinguían del resto representando su rol importante en la sociedad. En la Edad Media el atuendo médico tenía como base el ropaje del sacerdote cristiano, existiendo componentes aún usados como simbolismo en actos de graduación, así la toga que equivale a la sotana sacerdotal, esclavina y estola de diferentes colores de acuerdo con la carrera. El médico en su graduación se viste como sacerdote, con ropajes de los médicos medievales, así asume su nuevo papel en la sociedad con un atuendo que impone responsabilidad y respeto (Noldin, 2019).

También se describe elementos mágico-religiosos asociados a la práctica médica, el uso de lenguaje específico y ceremonias secretas de conocimiento exclusivo. En el Renacimiento y el siglo XIX los profesionales de la salud vestían de forma menos distintiva, aunque elegante, usaban ropa de calle en consulta, en la enseñanza y en actos quirúrgicos (Noldin, 2019). Por tanto, las actitudes, la forma de vestir y el lenguaje médico verbal y no verbal con los cuales el médico se presenta ante los pacientes influyen en la relación médico-paciente.

#### **4. ANÁLISIS FILOSÓFICO DEL LENGUAJE SIMBÓLICO**

El ser humano puede razonar expresar y comunicarse a través del lenguaje. Cada hablante tiene su capacidad de expresión en un lenguaje determinado que le permite transmitir conocimiento. Los símbolos representando ideas se asocian por convención y se reconocen en culturas que los hayan aceptado (Benavent, 2017).

La relación entre significante y significado es convencional, un mismo significante puede tener distintos significados y la interpretación de un símbolo depende de la información y la cultura de quien la interpreta y el contexto en el cual el símbolo existe. El lenguaje simbólico es el que tiene la capacidad de dar significado a la realidad que el hombre percibe, aunque no esté presente pero que se materializa cuando la expresa y comunica mediante símbolos (Eco, 2001).

La comunicación simbólica impregna el mundo humano con signos y símbolos para dar forma, representar la realidad y comunicar. Dar nuevos significados y hacerlos simbólicos puede ser un acto deliberado ya que representar las formas diversas de ser humano en el mundo mejora las relaciones entre las personas y ayuda a construir la concepción del mundo y la realidad (Eco, 2001).

En psicología la función simbólica es la capacidad del cerebro humano de formar signos. El médico aprende la semiótica en su formación para estudiar, clasificar e interpretar

los signos que una enfermedad causa en el cuerpo. En medicina se usan símbolos técnicos que requieren un conocimiento previo para comprender que significan y sus múltiples interpretaciones (Eco, 2001).

El lenguaje simbólico facilita la comunicación llegando donde no llega el lenguaje conceptual, valora desde lo más obvio a lo más profundo donde se encuentra lo impronunciable y es mayor la necesidad de símbolos para transformar lo indecible, aproximarse y comunicarlo.

Los seres humanos disponen dos formas de recursos comunicativos, un analítico que permite diferenciar e interpretar y un valorativo que revela el sentido y valor de las cosas. Cada uno con su forma de entender la realidad, interpreta y ordena para resolver la vida. En un extremo estaría el lenguaje científico y de las ciencias y en el otro la experiencia estética y los lenguajes de las artes y entre extremos la vida diaria y sus códigos de comunicación.

La ciencia requiere abstraer y generalizar resaltando rasgos comunes de los acontecimientos a través conceptos. Para comunicar utiliza un acuerdo lingüístico conceptual permitiendo interactuar con el entorno y con los demás.

El avance tecnológico y científico influye en los lenguajes conceptuales y el criterio de verdad y saber, dejando de lado el lenguaje relacionado con el valor, volviendo al hombre analfabeto en comprender lenguajes no descriptivos cuando interpreta los mensajes de forma lógica mediante conceptos y descripciones. Recuperar las habilidades simbólicas es una necesidad para valorar, percibir, sentir, comprender y comunicar el latir de la vida, recibiendo y enriqueciéndose con la experiencia valiosa del otro. Metáforas, alegorías, comparaciones y símbolos son recursos para estirar el lenguaje intentando dar forma a lo sin forma transformando el existir.

Las metáforas son construcciones inteligentes que llevan a quien recibe la información a pensar la relación con el tema que se desea transmitir. Permiten estructurar determinados

conceptos a partir de otros dependiendo de la experiencia directa del ser humano a través del cuerpo (Benavent, 2017).

## **5. LA COMUNICACIÓN MÉDICA COMO ESCUCHA Y CERCANÍA**

En la práctica médica es importante el uso de un lenguaje especializado correcto con términos precisos y significados bien definidos para evitar confusión en el trabajo en equipo y en la historia clínica como documento legal. El médico está obligado a dejar constancia de los actos que realiza y el lenguaje sigue reglas de su propio código en función de la situación comunicativa asistencial, docente o investigativa (Hernández, 2010).

En medicina se debe usar el lenguaje como forma de vida relacionada a la comunidad y la tradición. Conceptos médicos ambiguos como salud, enfermedad, eutanasia, etc., no permiten una sola explicación. Deben ser entendidos en el contexto del significado que tienen para el ser humano, aceptando el mundo como un componente del lenguaje sin criterios absolutos de verdad o racionalidad (Cabrales, 2005). La medicina debe ser considerada como una forma simbólica, es decir como un medio de experiencia y compromiso con el mundo, un medio dialógico de confrontación, interpretación, conflicto y a veces de transformación (Moglia, 2023).

El diagnóstico médico es un enunciado con palabras incomprensibles propias del vocabulario médico que facilita la comunicación entre profesionales, pero no ayuda para que el paciente comprenda su condición de salud y tome una decisión. El paciente si no entiende no pregunta, interrumpe la comunicación esperando que sea más cercana y use su mismo código signos y lenguaje que le permita una reacción afectiva y expresión de emociones. El médico debe invitar al diálogo escuchando con empatía y permitiendo preguntas que faciliten un clima afectivo pasando del papel de médico al de comunicador asegurándose que se comprendió el mensaje (García, 2004). El lenguaje elimina barreras que impiden a las personas entenderse a pesar de hablar el mismo idioma. El lenguaje de la profesión médica es

difícil de entender, el médico debe reconocer que el paciente no maneja el mismo código de comunicación y para lograr acercamiento debe desprenderse del lenguaje técnico.

En las interrelaciones humanas las emociones son medios que permiten a las personas comunicarse y explicar situaciones, relaciones y posiciones morales. Sus significados dependen de sistemas culturales, sociales y particulares y sirven de insumo para conocer el mundo del Tú. Las emociones y los pensamientos encarnados, siempre se expresan por alguien y se dirigen hacia alguien, por lo tanto, son vínculos de relación. Es difícil para el médico dar malas noticias, posee emociones y sentimientos que le impiden ser insensible al dolor ajeno. Debe ser fuerte y cuidadoso porque es depositario de las emociones del paciente y familiares, debe presentar calma y empatía evitando reflejar emociones intensas y comunicar que entiende su emoción, sin juzgar, ni culpar, siempre desde una imagen profesional (Nespereira, 2014).

El médico debe transmitir la información manteniendo una distancia terapéutica prudente frente a las emociones del paciente; no tan cerca para no comprometerse demasiado emocionalmente, no perder la objetividad y no condicionar las decisiones; no tan lejos que muestre desinterés y no perciba las preocupaciones y el sufrimiento. La distancia adecuada debe permitirle comprender al paciente y ayudarlo a tener confianza para afrontar sin negar la condición de enfermedad (Jiménez, 2020).

El lenguaje médico encarnado se basa en emociones y experiencias sensoriales, el logos hecho cuerpo y el cuerpo hecho logos; una comunicación holística en la cual todo lo que se hace y dice transmite un mensaje centrando la relación en el hacer más que en el saber. El lenguaje encarnado utiliza el cuerpo como herramienta de comunicación, transmite emociones ideas y actitudes para conectar con el paciente de manera más emocional inspirándole a actuar frente a la enfermedad (Verano, 2008).

Comprender un mensaje lleva tiempo y el paciente requiere espacio para procesar en silencio. El médico debe reflexionar sobre la verdadera intención de la comunicación centrando el foco en el paciente y en el potencial que tiene a pesar de su condición tomando en cuenta que lo relevante para él es su salud y su vida. Comunicar es entrar en el mundo íntimo del paciente sin buscar certezas sino oportunidades, no juzgar para poder escuchar, valorar y activar la confianza a través de la mirada directa sin minimizar sentimientos.

Si en el diálogo se habla verdaderamente con las palabras del otro es porque el hablar es una manera de escuchar y el escuchar es una manera de hablar. Cuando se habla con el Tú y se lo escucha, lo que se oye se inserta en los intervalos de lo que el Yo dice. El verdadero sentido invisible del hablar es el poder expresar y hacerse visible en el escuchar como expresión de su silencio. El diálogo es un encuentro entre sujetos corporales más que pensantes donde la palabra del otro expresa la manera de relacionarse con los demás y habitar el mundo a través de un lenguaje hablante vivo (Verano, 2008).

La comunicación es el envoltorio del mensaje que se quiere transmitir, lo importante no es ser médico sino como se llega a la mente y corazón del paciente despojándose de lo que le impide escuchar y entender.

No todo lo que dice el médico será comprendido y asimilado inmediatamente. Es necesario un proceso individual variable en el tiempo con diversas reacciones de aceptación o negación que a veces el paciente no expresa por no preocupar a la familia, mantener una imagen de fortaleza o no ser rechazado. Cuando se siente verdaderamente escuchado la comunicación fluye a través de un lenguaje que le permite expresar y ordenar las vivencias. Este proceso llamado “significantización” le facilita asignar nombres o significantes a las experiencias para su mentalización. El médico debe escuchar y reconocer la subjetividad y subjetivismo del paciente. Subjetividad, como el “espacio interno” donde la persona se representa a sí mismo, a los demás y al mundo, conserva experiencias y elabora sus propios

pensamientos. Subjetivismo o perspectivismo, que evalúa una condición determinada desde un punto de vista muy particular dependiendo de las creencias o perspectivas del paciente.

El modelo de comunicación centrado en el paciente da importancia a su autonomía y a la perspectiva que tiene de la enfermedad claramente entendida. Requiere un gran nivel de comunicación con participación mutua a través de un código común compartido por prácticas de atención y cuidado como la escucha y el acompañamiento, acciones de aproximación acercamiento y diálogo para formar vínculos en bien del paciente (Moglia, 2023). Además, una predisposición de médico y paciente, con actitud abierta, haciendo contacto visual que significa decir usted es lo más importante ahora, sonriendo para expresar es un placer tenerlo aquí, saludar para invitar a una actitud abierta, decir el nombre del paciente y presentarse, inclinarse hacia adelante para escuchar, apariencia respetuosa que fomenta confianza y empatía. El tono de voz da significado real a las palabras de acuerdo con la connotación, debe mantener la intencionalidad de la comunicación, en sincronía con el lenguaje corporal y las palabras.

La comunicación verbal y no verbal requiere que el médico maneje habilidades claves de la comunicación como asertividad, empatía, escucha activa, además habilidades de seguimiento y de reflexión que se complementan con la máxima de cantidad adecuada, máxima de calidad, máxima de relevancia y máxima de pertinencia o modo (Nespereira, 2014).

## **6. LA COMUNICACIÓN COMO LENGUAJE SIMBÓLICO Y EL COMPROMISO CON LA VERDAD**

Tradicionalmente el médico ha ocultado la verdad al paciente basado en la antigua concepción paternalista en la que el médico debe tomar las decisiones y el paciente aceptarlas.

Conocer la verdad permite al paciente entender la enfermedad como un cambio biológico y sobre todo como un proceso que lo incluye como parte importante con todos sus

hábitos, comportamientos, costumbres y creencias. El médico debe cambiar su posición de autoridad hacia una relación horizontal de decisiones compartidas, desarrollando competencias comunicativas que le permitan reconocer los diversos procesos de la persona con una condición de enfermedad.

Un diagnóstico emitido por un médico autorizado caracteriza la presencia de una alteración en el organismo, sustentada en pruebas con validez demostrada, que desencadena en el paciente reacciones emocionales por implicaciones sobre su vida. La comunicación debe llevar a conocer la verdad de la condición para que el paciente decida tratamientos profesionales oportunos para regresar al estado de salud, lograr mejoría clínica o prepararse para el final si fuera el caso.

La verdad permitirá al paciente reconocer cambios físicos, adaptarse a cambios de estilo de vida, organizar consultas, exámenes y hospitalizaciones, enfrentar ausentismos escolares o laborales, reorganizar su economía, etc., a través de un proceso de asimilación y adaptación progresiva (García, 2004).

No toda información verdadera comunicada puede ser comprendida totalmente. El conocer una verdad trae dudas y cuestionamientos que requieren respuestas honestas cuando el paciente está más comprometido porque comprende, implicando su sentir y su comportamiento, mantiene en límites tolerables sus emociones, sin restar importancia a la condición sin evadirla, culpando a otros, volviéndose infantil o negando la evidencia (García, 2024).

En el proceso de comunicación de la verdad el médico debe evitar salir del paso a través de acciones defensivas como intelectualizar exageradamente, actuar de modo frío y distante, informar rápido sin dar espacio al diálogo para escapar de la situación, dar esperanzas poco realistas y evitar comunicar malas noticias por temor a las emociones (García, 2024).

La comunicación con los pacientes es un proceso complejo que puede pasar de la confianza a la desconfianza por múltiples factores que bloquean la comunicación de errores, así el temor del médico a ser demandado, el impacto en la reputación, sentimiento de culpabilidad, falta de herramientas comunicativas, involucramiento de medios de comunicación. La salud implica la interacción de un equipo de profesionales sobre todo si se producen eventos adversos o errores que deben ser comunicados con apoyo institucional y respaldo ético y legal.

Si bien la disculpa puede no arreglar el problema, puede empoderar y dar validación al paciente en un momento de vulnerabilidad e impotencia, abogando por la transparencia y motivando a profesionales a ser sinceros y abiertos, disculparse y explicar procurando la seguridad del paciente y preservando la relación. Implementar una cultura de comunicación verdadera y disculpa del error lleva tiempo hasta superar barreras formativas, culturales, legales y comunicativas en los profesionales de la salud (Giraldo, 2017). El respeto a la autonomía exige la obligación del médico de dar y revelar información verdadera, asegurar comprensión, voluntariedad y potenciar la participación del paciente en las decisiones que le afecten (García, 2004)

Tomando a Adela Cortina (2021), la palabra del diálogo en la relación médico-paciente tiene como objetivo la comunicación que exige inteligibilidad de lo que se dice, veracidad del médico y verdad de lo afirmado. Si falta lo anterior no hay comunicación ni diálogo auténtico (Cortina, 2021).

El conocer la verdad sobre un diagnóstico lleva a una paradoja entre sometimiento y libertad, donde la verdad puede llevar a creer o no creer y a realizar diferentes acciones. El engañar causa ofensa porque el que engaña intenta imponer su voluntad. La intersubjetividad con verdad contrasta con la soledad de la mentira.

## 7. DISCUSIÓN

La medicina es “intrínsecamente filosófica” y la filosofía está implícita en el acto médico debido a que el mal existe en el mundo, debe ser remediado y puede ser remediado, aunque requiera mucho esfuerzo (Heleno, 2011).

Filosofía y medicina procuran conocer y ayudar al ser humano a resolver problemas tratando de comprender la relación con un Tú específico. En la relación médico-paciente el Tú se hace visible en rostro y cuerpo a través de señales para ser interpretadas y obligan al médico a repensarse como individuo que busca el sentido de su propia existencia y la del Tú (Heleno, 2011).

El diálogo facilita la intersubjetividad e interdependencia en la relación médico-paciente creando vínculos de reconocimiento recíproco mediante la capacidad de argumentar, estimar valores, apreciar lo que vale por sí mismo y capacidad de compadecer a través de un *reconocimiento cordial* o *reconocimiento compasivo*. Cordial porque permite conocer la verdad y la justicia a través del corazón, reconociendo la cordura como virtud humana por excelencia relacionada con la prudencia, la justicia y la *kardía* o virtud del corazón lúcido (Cortina, 2021).

La identidad se manifiesta en la alteridad, el Tú es un desafío para cualquier Yo, más aún para el médico frente a un Tú vulnerado por una condición de enfermedad que se manifiesta aún en el silencio para que el médico comprenda lo visible y lo invisible y le ayude a sentirse menos frágil. (Cortina, 2021).

El mirar del médico debe atender no solo lo que sucede en el cuerpo sino sobre todo en la vida misma del paciente en cuanto persona, la forma como piensa y se expresa. No se puede ver la enfermedad si no se ve la totalidad del cuerpo que adolece (Heleno, 2011).

## 8. CONCLUSIÓN

El lenguaje técnico del profesional médico es parte importante de la historia de la medicina y su evolución y necesaria en la comunicación entre profesionales y en la transmisión del conocimiento de forma escrita, pero limita la comprensión a los pacientes no relacionados con el área médica.

La necesidad de comunicar la verdad al paciente es real y una comunicación no adecuada afecta la relación médico paciente, limitando a quien recibe la información a que ejerza su autonomía y la toma de decisiones originando insatisfacción e incompreensión.

La comunicación más que una habilidad del médico que debe cumplir condiciones específicas es un valor y una virtud que debe adquirir y desarrollar desde el inicio de su formación. Sin conocimientos nadie se hace médico y no solo los conocimientos hacen al médico. El hombre sabio es prudente, y se revela en una situación concreta como en la relación médico-paciente.

La información proporcionada por el médico debe ser clara, traduciendo el lenguaje técnico para que sea comprendido por el paciente de acuerdo con sus circunstancias particulares. Aunque el médico sea experto en un área específica del conocimiento de la medicina debe saber como comunicar a través de un diálogo participativo y compartido donde se manifieste la escucha activa del YO médico hacia el TÚ paciente.

El proceso de la comunicación en medicina debe considerar las bases éticas y bioéticas respetando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, defendiendo de forma responsable la dignidad y los valores del Tú. El deber del médico de informar la verdad con honestidad, el derecho del paciente a conocer sobre su condición.

El médico como el medio para transmitir la información que cambiará la vida del paciente debe estar científicamente bien preparado y éticamente bien formado con cualidades humanistas con alto grado de compromiso.

La filosofía práctica sus bases y herramientas constituyen parte importante de la educación médica y el desarrollo profesional del médico y su desempeño diario en el ejercicio de la profesión, debería ser considerada dentro del programa de estudio en la carrera de medicina.

La sociedad ecuatoriana es plural con diversidad étnica y cultural y el médico no debe ser indiferente a esa pluralidad. La enseñanza universitaria debe también enfocar su formación en abrir puertas de comunicación hacia el otro en condición de enfermedad al que no se llega fácilmente por su cultura, su tradición y su lenguaje, en orden de alcanzar el “buen vivir” referido en la Constitución Ecuatoriana. Revisar modelos de educación que formen médicos para las necesidades de la sociedad y no solo con estándares técnicos internacionales.

## REFERENCIAS

Benavent, R.; Bueno, F.; Castelló, L. (1917). *Características del lenguaje médico actual en los artículos científicos*. Elsevier.

<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-X1575181317608309>

Blázquez, F et al. (2002). *Diccionario de términos éticos*. Verbo Divino.

Bricmont, J; Franck, J. (Ed.). (2010). *Chomsky [I ]Teoría Lingüística y Procesos del Lenguaje. Ciencias Cognitivas y Filosóficas del Lenguaje*. Editorial Popular.

Buber, M.(1982). *Yo y tú*. ( H. Crespo, Trad., ). Ediciones Nueva Visión S.A.I.C.

Cabrales, R. (2005). Lenguaje y Medicina. La impotencia del lenguaje científico. *Revista Médica de Risaralda*. Vol.11 núm. 2.

<https://revistas.utp.edu.co>

Cáceres, N.; Alberto, C., (2019). Simbología en Medicina y Ciencias de la Salud. *Anales de la facultad de Ciencias Médicas*. Asunción. Vol. 52 núm.1.

[https://doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)43-058](https://doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)43-058).

- Cortina, A. (2020). *Ética mínima*. Los Esenciales de la Filosofía.
- Cortina, A. (2021). *Ética cosmopolita*. Paidós.
- Eco, H. (2001). *Semiótica e Filosofia da Linguagem*. Teoría das Artes e Literatura.
- García, J.; Dominguez, M. (2014). El problema de comunicación del diagnóstico en medicina. *Revista interdisciplinar de Ciencias de la Comunicación y Humanidades*. núm. 10.  
<https://dialnet.unirioja.es>
- Giraldo, P.; Castells, X. (2017). Comunicación del error en la atención sanitaria: Perspectiva del ciudadano europeo. Extraordinario XXVI Congreso. *Comunicaciones*. Vol. 27.
- Heleno, J. (2011). *Filosofía e Medicina*. Fim de Século.
- Hernández, Y.; Moreno F. y Fernández, A. (2010). Consideraciones acerca del lenguaje especializado médico: nivel léxico-semántico. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000300014&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000300014&lng=es&tlng=es).
- Hierro, J. (1984). *Principios de Filosofía del lenguaje*. Alianza Editorial S.A.
- Jimenez, J. (2020). La importancia de la distancia terapéutica. *ResearchGate*.  
<https://www.researchgate.net>
- Lederman, W. (2011). Algunas observaciones sobre la evolución del lenguaje médico a través de los tiempos. *Revista chilena de infectología*. Vol.28 (1).  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182011000100016>
- Moglia, B.; Sy, A. (2024). *Experiencias de trabajadores en la atención y cuidado en hospitales: una meta-etnografía situada en Latinoamérica*. *Trabajo y Sociedad*. Vol. XXV núm. 42.  
<http://www.unse.edu.ar/trabajosociedad>

- Nespereira, J. (2014). *Estrategias discursivas en la comunicación de crisis sanitarias (retórica y teoría de la argumentación): el caso de la gripe A en 2009*. [Tesis de doctorado, Universidad de Valladolid]. <https://dialnet.unirioja.es/>
- Patiño, J. (2010). El lenguaje médico. *Revista Colombiana de Cirugía*. núm. 25. Editorial. <https://www.revistacirugia.org>
- Sánchez, M. (2021). *Bioética en Ciencias de la Salud*. Elsevier.
- Sellés, J. (2013). Trascendentalidad del amor personal humano: Un estudio sobre la antropología de L. Polo. *Tópicos*. núm. 45. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-66492013000200007#notas](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-66492013000200007#notas)
- Torres, J. (2021). Martín Buber y su contribución a la filosofía del lenguaje. *Tábano*, núm. 20. <https://doi.org/10.46553/tab.20.2022.p36-54>
- Verano, L. (2008). Sentido encarnado y expresión en Merleau-Ponty. *Revista de Filosofía*. núm. 44. <https://revistas.um.es/daimon/article/view/96>