

# RAZÓN Y PALABRA

ISSN 1605-4806

Primera Revista Digital en Iberoamérica Especializada en Comunicología

[Acerca de RyP](#)

[Números anteriores](#)

[Convocatoria](#)

[Directorio](#)

[Política editorial](#)

México Marzo 25, 2013

[Inicio](#)

BUSCANDO UN SITIO PARA LA PALABRA

[AddThis](#)

Por [Luis Casasbuenas](#)

Número 65

## Resumen:

En este trabajo se intentará comentar dos experiencias sobre la comunicación: en el primer caso el recorrido partió desde la salud, y en el segundo caso desde la comunicación misma.

En el caso de la salud se trata de la Tesis Doctoral del autor de este artículo, La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo (2008).

## A manera de introducción.

Para entender la conversación que se realiza durante una entrevista médico-paciente, fue necesario repasar algunos conceptos generales sobre el amplio campo de la comunicación. Además de las muchas cosas positivas, al final se encontró que hay diversos factores que la dificultan: el escaso tiempo; el aumento y diversidad de la población a atender; la presencia de enfermedades crónicas e incurables; la sobrevaloración actual de la tecnología. Estos y otros factores hacen que, en ocasiones, queden de lado importantes aspectos emocionales-como el sufrimiento, que acompañan al proceso de enfermar.

Pero en el fondo se echa de menos la palabra: el paciente no tiene ocasión de narrar y describir adecuadamente sus quejas; el saber que la persona adquiere con su enfermedad no es aceptado todavía como un conocimiento; el médico no puede cumplir su papel de explicar y argumentar sobre el tema a tratar; la relación establecida de forma tan asimétrica entre los dos participantes no permite una negociación, que signifique una verdadera cooperación para resolver un problema.

Y cuando el análisis de la comunicación se hace desde ella misma, desde su interior, se encuentran, en ocasiones, carencias similares en el nivel interpersonal, en lo humano, que deberían ser objetivos primarios de la comunicación, objetivos inscritos desde su definición misma.

Se confirma entonces, que temas como la salud y la comunicación son lo suficientemente complejos como para pretender verlos desde un solo punto de vista, y requieren, por lo tanto, el concurso de diversas disciplinas para su adecuada comprensión y aplicación; que las fronteras entre las diferentes ciencias son cada día más tenues; y que estos *viajes* que aquí se mencionan pueden comenzar en cualquier sitio y llegar a “no sé dónde”.

## A-Desde la salud

Los títulos que se mencionarán a continuación como conceptos generales, se retomarán más adelante cuando se apliquen al tema concreto de la salud.

### A.1 La comunicación

Comencemos por recordar que el Diccionario de la Lengua Española-RAE define comunicación, derivada del latín *comunicāre*, como “poner en común/hacer a otro participe de lo que uno tiene/descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo/conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito”, además de “transmitir señales mediante un código común al emisor y al receptor” (2001: 609). Esta definición resalta desde ya el carácter subjetivo e interactivo de esta labor.

Para Watzlawick está claro que “(...) no hay no-conducta, es imposible no comportarse (...). Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar” (1987:50). Entonces puede decirse que la comunicación es una actividad permanente y continua. Este autor considera que un organismo para sobrevivir necesita tanto los elementos para su apropiado metabolismo, como la información que le llega de su entorno. Por esto Watzlawick concluye que “la comunicación y la existencia son dos ideas que no pueden separarse (...) la existencia es una función de la relación entre el organismo y su medio que alcanza su más alto grado de complejidad en el nivel

humano” (Op.Cit.:236).

Por su parte, Victoria Escandell considera que “cada acto comunicativo concreto está caracterizado por una conjunción de coordenadas que lo hacen único e irrepitable: se produce entre individuos concretos, en un espacio concreto, en un momento determinado, y en unas circunstancias particulares” (2005:9). Es decir, podemos coincidir con esta autora en que “la comunicación humana constituye una variedad específica y compleja del comportamiento y no un acto reflejo” Op.Cit:19.

En cuanto al proceso general de la comunicación, Wukmir agrega que “(...) toda verdad es primero una comprensión emocional; después, una ecuación pre-verbal; después aún, una conclusión interior; y si la queremos hacer comunicable es, o puede que sea, una abstracción expresada de lo sentido, más o menos exacta”, (1967:31). Esto ya comienza a mostrar lo complejo de la comunicación, al intentar convertir sentimientos en palabras, gestos, o actitudes.

## A.2 La conversación

Retomando la definición inicial, la comunicación se hace conversando, tratando a alguien de palabra o por escrito. Y esta conversación, del latín *conversão-õnis*, el Diccionario de la RAE la define como la “acción y efecto de hablar familiarmente una o varias personas con otra u otras”, (Op.Cit.: 647). Es necesario agregar que los que conversan deben tener un interés que pretenden hacer realidad de esta manera, conversando. Por lo tanto, deben hacer un esfuerzo y emplear un tiempo en ello, porque hay algo que ganar, que generalmente es *conocimiento*, en concepto de Sperber & Wilson (1994). Y por intrascendentes que parezcan esas conversaciones es la manera que tenemos de conocer a los demás, y que ellos nos conozcan.

La etno-metodología, una rama de la sociología, propuso el término de "análisis del discurso" para designar el estudio de la conversación corriente, la que realizan los individuos sin ninguna planificación ni objetivo aparentes. La intención de esta disciplina es “conocer la estructura del habla en funcionamiento”, esa actividad social que van construyendo de forma armónica sus propios protagonistas. Estos conversacionalistas identifican los denominados "turnos de palabra" como la base de la conversación, y los consideran objeto principal de estudio.

## A.3 El lenguaje

Para Berger y Luckmann la expresividad humana puede *objetivarse*, es decir, manifestarse en *productos* que son entonces comprendidos porque se comparten, ya que pertenecen al mundo común, cotidiano. Un ejemplo importante de estas *objetivaciones* son las *significaciones*, la producción humana de *signos*. Un signo se diferencia de otras objetivaciones “por su intención explícita de servir como indicio de significados subjetivos” (1997:54). Y agregan que el lenguaje es el sistema de signos más importante de la especie humana, sin el cual no podríamos comprender la realidad de la vida cotidiana.

Además, el tener su origen en la situación “cara a cara” le confiere al lenguaje una “cualidad inherente de reciprocidad” que lo hace diferente de cualquier otro sistema de signos. Así, los que conversan pueden seguir produciendo simultáneamente signos vocales sin interrumpir sus “intenciones subjetivas”. Esto les permite a los protagonistas hablar a medida que piensan, y oír cada uno lo que el otro está diciendo, prácticamente en el mismo momento en que lo dice. Esto es lo que permite “el acceso continuo, sincronizado y recíproco” a las subjetividades de los hablantes, dicen Berger y Luckmann. De esta manera, a medida que hablo y me oigo, objetivo por medio del lenguaje mi propio ser. Es decir, el lenguaje hace “más real” mi subjetividad, no sólo para mí mismo sino para mi interlocutor (Op.Cit.: 58).

Además, para usar el lenguaje necesitamos la presencia permanente de la memoria que nos permite recordar y reconocer. Pero nos encontramos ante la dificultad de que no hay correlación precisa, de un lado, entre los pensamientos y las palabras con que queremos expresarlos y, de otro lado, entre las expresiones que oímos y el significado que les damos, dado que las palabras y los pensamientos son de distinta naturaleza.

Los pensamientos se consideran representaciones internas, mientras que las palabras son representaciones externas. Los primeros se consideran "personales y privados" mientras que las segundas son "comunes y públicas". Por esto, las palabras no reflejan "exactamente" lo que queremos decir pero de todos modos transmiten *algo* de lo que queremos manifestar, lo que podría explicar los desencuentros que se producen con frecuencia en el trato cotidiano.

## Comunicar la ciencia

Se han mencionado hasta ahora conceptos generales sobre el extenso campo de la comunicación y ahora se intenta abordar el contexto más específico de la comunicación científica. Santiago Ramentol (2000), considera que la ciencia se comunica en función de los siguientes niveles:

- La comunicación que se establece entre los miembros de la misma especialidad, dentro de una profesión dada;
2. La que tienen científicos de especialidades diferentes dentro de una misma profesión;
  3. La que se da entre miembros de diferentes profesiones científicas;
  4. La que se establece entre la ciencia y las personas e instituciones que tienen un interés especial en temas científicos;
  5. La que se produce entre la ciencia y la comunidad en general.

Un ejemplo de este último apartado es la comunicación que se da entre las ciencias de la salud y el público en general, o lo que es lo mismo, entre las instituciones sanitarias y las personas usuarias de estos sistemas, es decir, entre el médico y el paciente. Aquí podemos comenzar entonces a aplicar en el mundo específico de la salud, algunos conceptos generales mencionados anteriormente.

## A.5 La entrevista médico-paciente

“Cada aspecto de la historia de la medicina es necesariamente ‘social’, sea realizado en un laboratorio, en una biblioteca o en el lecho de un enfermo”.

Charles Rosenberg (1992: XIV).

El encuentro o entrevista se produce dentro del largo y complejo proceso denominado *relación médico-paciente*, que designa esa característica humana de necesitar de los demás, de creer en algo, de satisfacer necesidades y deseos, que se acentúa cuando alguien “se siente enfermo”. Es una relación social en que se comparten sentimientos, ideas y actividades, que está siempre latente hasta que se materializa en el encuentro o entrevista de sus protagonistas, que se da cuando uno de ellos siente que necesita la ayuda del otro.

Derivado de *entreviure*, verse el uno al otro, la entrevista es el encuentro anunciado de dos actores que tenían una relación tácita, que ahora se hace real y concreta cuando uno de ellos tiene un malestar, un no sentirse bien, que luego se hace permanente. De acuerdo a sus ideas, conocimientos y experiencias, la persona elabora dentro de sí lo que cree que es una enfermedad, que luego extrae de su propio cuerpo, presenta a los demás y al final, frecuentemente, busca la ayuda de ese otro actor, el médico.

Según Pedro Laín (1983) el sentimiento de enfermedad se manifiesta de acuerdo a los componentes histórico-cultural, económico-social e individual de cada persona en cada sociedad. Así, se ha interpretado la entrevista de varias maneras y se le han dado diversos significados: la simple necesidad de hablar con alguien, la búsqueda de una identidad confundida, la necesidad de afecto, compartir la soledad o transmitir una queja.

Anteriormente habíamos hablado sobre la “conversación corriente” y ahora es necesario que digamos algo sobre la denominada “conversación institucional”, como las que se dan en las entidades de salud a las cuales el médico con frecuencia representa.

Para Paul Drew (1992), es la conversación, con sus debidas variaciones, la que nos permite comunicarnos para actividades laborales con diversos agentes e instituciones, que entonces recibe aquí el nombre de “interacción institucional”. Y esta comunicación la hacemos bien sea como profesionales de esas instituciones o como sus clientes (la visita médica, la asistencia al aula de clase, participar en una audiencia en la Corte, etc).

Y es que, a pesar de su nombre, el análisis de la conversación o “habla en interacción”, no se ha dedicado solamente a la conversación corriente sino que ha tenido amplias relaciones con las actividades dialogales en diversas corporaciones o instituciones (la ciencia, la justicia, la educación, etc.). Van Dijk (2001), piensa que, aunque la interacción médico-paciente es una conversación, el hecho de incluir la exploración física y otros aspectos profesionales, hacen que esa conversación sea “relevante”.

Durante una conversación, como la que se lleva a cabo entre estos dos participantes, los textos están organizados como narración, descripción, explicación, argumentación, o diálogo, según Charadeau (1992) y Adam (1996). Y se atribuyen al paciente los dos primeros mientras al médico le corresponde explicar y argumentar.

## A.6 La narrativa en la entrevista

El acto médico siempre será un acto social, aun cuando se esté considerando su aspecto más *científico*. Por eso las enfermedades, además de su componente biológico, seguirán siendo acontecimientos “construidos, reproducidos y perpetuados” socialmente mediante la conversación, y más específicamente, por medio del relato. Es la narrativa la que aporta “significado, contexto, y perspectiva” a los problemas que trae el paciente. Es la que define cómo y porqué ha enfermado.

Para Trisha Greenhalgh (2004), la narrativa ofrece una oportunidad para entender la situación de enfermedad que de otra manera no se obtendría. Y agrega que si una parte importante del entrenamiento clínico consiste en “tomar” y “dar” historias, hay que recordar que es oyendo y escuchando relatos como las personas, en general, han podido siempre explicar y comprender sus experiencias.

Así, hacer una historia clínica le implica al médico actuar como biógrafo, historiador o etnógrafo, para lo cual requiere entender aspectos psicológicos, sociales, biológicos y físicos de su paciente. Es decir, vista de esta manera, la labor del médico sería ayudar a construir una historia personal hasta ese momento “medio escrita”; sería entonces co-autor de “ese texto que es el paciente”.

Continuando en esta línea de comentarios sobre el trabajo médico, Drew Leder (1990) al hablar acerca de la hermenéutica en medicina afirma que, si se reconoce “la naturaleza interpretativa del entendimiento clínico”, no se puede aceptar el concepto de objetividad pura, puesto que las posibilidades interpretativas implican subjetividad, ambigüedad y espacio para el desacuerdo.

Además otro concepto de Leder, citado por Greenhalgh (2004:257), considera que el texto que constituye el encuentro médico, y que lo distingue de otras narrativas humanas o modos de comunicación, es un relato acerca de la persona como enfermo, que a su vez está integrado por cuatro textos secundarios: 1-el texto experiencial que es el *significado* que el paciente le asigna a los diversos síntomas, en las deliberaciones y consultas con legos en su camino al encuentro con el médico; 2-el texto narrativo es lo que el médico *interpreta* como “el problema”, tomado del relato que el paciente le hace; 3-el texto físico o perceptual que el médico *obtiene* del examen físico del paciente (la palpación, la auscultación, etc.); y 4-el texto instrumental que está constituido por lo que *dicen* los exámenes para-clínicos (analíticas, radiografías, etc.).

## A.7 Cuando el sentimiento es el mensaje

Al principio se dijo que, en ocasiones, durante la entrevista quedaban de lado importantes aspectos emocionales, como el sufrimiento.

El sufrimiento aparece en dos circunstancias especiales: en la enfermedad y en la muerte de un ser querido, y en las dos el médico está presente. La primera y más importante dificultad es que el sufrimiento no tiene una definición clara, ni en los diccionarios generales, ni en los especializados en temas afines. Se le confunde con el dolor, al cual está frecuentemente asociado. *El Diccionario de la Real Academia Española* lo define como: “paciencia, conformidad, tolerancia con que se sufre algo. Il 2. Padecimiento, dolor, pena”. Y en cuanto al verbo sufrir, lo define como: “sentir físicamente un daño, un dolor, una enfermedad o un castigo. Il 2. Sentir un daño moral(...)”, (Op.Cit.:2106).

Entonces es necesario buscar otras fuentes para su definición y mejor comprensión.

Por ejemplo, Daniel Callahan opina que el sufrimiento es "una respuesta espiritual o psicológica negativa frente a una situación

angustiante de la vida" (2004:9). Por su parte, Javier Barbero Gutiérrez dice que "quizá porque el sufrimiento escapa a nuestra libertad, no se elige, sino que se padece y además de manera personalizada, distinta e intransferible (...) una persona sufre cuando acontece algo que percibe como una amenaza importante para su existencia, personal u orgánica, y al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacerle frente" (2004: 154). Finalmente, Josep-Eladi Baños Díez acepta que el sufrimiento "va más allá de la pura afección física", por lo que no debe confundirse con el dolor; lo califica como "una vivencia psicológica" y recalca que si las personas sufren, al no poderse evidenciar un origen físico "sólo la comunicación de cada uno puede convencernos de su existencia" (2004:50). En estos tres conceptos se destaca lo emocional, lo personal, y ya se menciona la importancia de la comunicación.

Seguramente nunca se conseguirá eliminar por completo el dolor y el sufrimiento que acompañan en algún momento de la vida a una persona determinada. A pesar de los innegables y valiosos progresos de la medicina actual, la gente sigue sufriendo. Por ejemplo, las enfermedades crónicas, las degenerativas, el cáncer y otras dolencias, junto con el natural envejecimiento y la pérdida del "sentido de la vida" en algunas circunstancias, causan un sufrimiento que *la medicina científica* sola no está en capacidad de solucionar.

### **A.8 La importancia de lo subjetivo: la investigación cualitativa**

Fernando Conde Gutiérrez (2002) sostiene que las ciencias, en general, han estado tradicionalmente divididas en dos grupos: las Ciencias de la Naturaleza o ciencias "duras" y las Ciencias Sociales o ciencias "blandas". Y como las Ciencias de la salud tienen características de ambos grupos, sin pertenecer resueltamente a ninguno de los dos, esto las coloca en una posición ambivalente que las conduciría necesariamente a un "pluralismo metodológico" para su conocimiento, análisis y práctica.

Así podría entenderse el concepto de que la observación y análisis de los signos correspondería a un enfoque "cuantitativo", mientras que la escucha y análisis de los síntomas sería "cualitativo", en la aproximación a una persona enferma, en búsqueda de un diagnóstico. Conde considera que este conflicto entre signo y síntoma, equivalente al de cuantitativo y cualitativo, se ha observado a lo largo de la historia de la medicina, en que la palabra del paciente se asocia con lo subjetivo, mientras la exploración médica lo haría con lo objetivo.

Tradicionalmente las investigaciones en salud se han venido realizando mediante la investigación cuantitativa, porque los avances en el diagnóstico y nuevos recursos para diversos tratamientos hacían necesario medir, demostrar, comprobar. Esto aportó indudablemente "exactitud y eficiencia" a las Ciencias de la Salud, y ha constituido un avance en el tratamiento de las enfermedades, pero desafortunadamente las ha venido alejando de los aportes de las Ciencias Sociales, de la persona y, especialmente, de la palabra del paciente.

Pero con la evolución de la sociedad actual, en que el individuo es autónomo y libre de tomar sus decisiones, las personas están más informadas, y los ciudadanos quieren tomar el manejo de sus vidas, la salud se ha convertido en una exigencia, en un verdadero conflicto social, político y económico. Entonces ha sido necesario un cambio en los "paradigmas médicos y sociales", buscar ese "pluralismo ideológico" para encontrarle soluciones a la salud de una persona que se informa, que opina, que exige, que ya no es *objeto* si no *sujeto*, y que quiere ser un agente social activo.

Desde los años 60, y especialmente los 70, ha comenzado un surgimiento de lo cualitativo para entender los problemas de salud, sin que lo cuantitativo desaparezca. Se complementan, cada uno tiene sus indicaciones, y su elección va a depender del objeto de estudio. Y el resultado final va a ser seguramente un enriquecimiento para la ciencia y una mejoría en la concepción global de la salud de las personas. Y aunque todavía no están plenamente incorporados en el estudio de los temas de la salud, cada vez se ven más trabajos cualitativos que intentan "una mirada, una orientación, un abordaje intrínseco a las Ciencias de la Salud", según Conde (Op.Cit.:396).

Por estas consideraciones Francisco Javier Mercado concluye: "la experiencia del padecimiento no se encuentra en los archivos o registros médicos (...) allí no se encuentra la voz de los que padecen (...). Así, la información sobre la experiencia del padecimiento y del contexto material y social de los individuos enfermos, terminó dependiendo en gran medida de las narraciones o historias de los propios sujetos enfermos (...)" (2000: 49).

Hasta aquí llega, simplificado, el recorrido hecho por un médico que buscaba entender la conversación que ha tenido con sus pacientes.

### **B-Desde la comunicación misma**

Del trabajo *Aportaciones de las Ciencias Sociales al estudio de la comunicación interpersonal*, de María Rosalía Garza (2008), se pueden extraer conceptos que están en línea con el tema que se acaba de mencionar, por lo que se recomienda su lectura.

Comienza por recordarnos que el nivel primario de la comunicación es el interpersonal, y que el objetivo básico de la comunicación es el estudio de la interacción en la vida cotidiana. Pero anota que a partir de la segunda mitad del siglo XX, por la fascinación de los "recién surgidos medios electrónicos de comunicación", ésta comienza a dejar atrás "su antecedente humanista", algo muy similar a la sobre-valoración de la tecnología en el mundo médico mencionado anteriormente.

De inmediato entra en su tema: menciona el concepto de interacción social y su relación con la comunicación interpersonal, reconociendo que la mayoría de los aportes en este campo han sido realizados por la sociología fenomenológica, la psicología social y la cibernética. Aclara que, aunque la información está contenida en la comunicación, éste es un término mucho más amplio, lo que también se vive en salud, cuando las personas confunden información con conocimiento.

Para entrar en el tema de la comunicación interpersonal insiste en la "comprensión de la comunicación como interacción, como vínculo social", que le permite entonces a la comunicación recuperar "las definiciones originarias del término" (Op.Cit.:2). Menciona también el trabajo de Fuentes Navarro (Fuentes 2003) sobre los estudios elaborados entre 1995 y 2001 que permite deducir que, en ese período, mientras se realizaban 10 trabajos de comunicación masiva sólo se realizaba uno de comunicación interpersonal. Si continuamos haciendo la analogía, el número de trabajos realizados en salud con investigación cuantitativa es muchas veces superior al realizado en investigación cualitativa, que busca lo subjetivo, que intenta comprender.

Pero el futuro es alentador: hay dos grupos en su entorno preocupados por estimular el estudio de la comunicación interpersonal. En primer lugar, Martín Serrano (1990) con sus estudios sobre la epistemología de la comunicación, especialmente el análisis de los comportamientos expresivos.

El segundo, conocido como “Grupo hacia una comunicología posible-GUCOM”, liderado por Jesús Galindo, trabaja tanto los medios de difusión masiva como la comunicación interpersonal, concretamente temas como la interacción cara a cara. Además, los estudios de este grupo han identificado cuatro dimensiones que conforman el estudio de la comunicación: la difusión, la expresión, la interacción y la estructuración, siendo obviamente la interacción la relacionada con los estudios de la comunicación interpersonal. Y es tan amplio el campo de la comunicación que el GUCOM considera que hasta nueve disciplinas le aportan conocimientos, siendo tres de ellas la sociología fenomenológica, la psicología social y la cibernética, las que mayores aportes hacen al campo de lo interpersonal.

En la primera de ellas son pioneros los estudios de Simmel (1971) especialmente cuando considera que el intercambio es “la más pura y concentrada forma de todas las interacciones humanas”; los de George Herbert Mead, que inició las investigaciones sobre la interacción simbólica, aunque fue su alumno Herbert Blumer quién en realidad acuñó el término de Interaccionismo Simbólico (1998); no podía faltar una mención a Irving Goffman y sus conceptos de representación teatral, que tanto tienen que ver con la comunicación interpersonal (2001).

En relación a la Psicología Social, Garza considera que “es probablemente la disciplina que más aportes ha tenido hacia la comunicación interpersonal”, y cita autores como Fritz Heider y su “teoría de la atribución” (Op.Cit.:6) y los estudios sobre comunicación y revelación de la intimidad, de Taylor y Altman (Op.Cit.:11).

En cuanto a la cibernética, supongo que entendida como “el estudio de las analogías entre los sistemas de control y comunicación de los seres vivos y los de las máquinas”, según la definición del Diccionario de la RAE (2001:546), Garza menciona los trabajos de Ruesch y Bateson sobre la comunicación en las enfermedades mentales; la teoría del doble vínculo que podría dar una explicación a la esquizofrenia, y en la que participaron además de los dos anteriores, Watzlawick, Beavin y Jackson. Posteriormente, estos tres autores plantearon que el estudio de la comunicación humana podía dividirse en las áreas de sintáctica, semántica y pragmática, conceptos que en los estudios de salud son utilizados con frecuencia (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

A propósito de la comunicación no verbal, Garza nos recuerda que fueron Jurgen Ruesch y Weldon Kees los primeros en emplear este término, aunque hacia los años 50 profundizaron en el tema autores como Ray Birdwhistell y Eduard T. Hall, seguidos más tarde por varios investigadores, entre ellos Knapp (2002). Además, el mismo Hall (1978) estudió y definió los espacios y las distancias en los procesos de comunicación, origen del importante campo de la proxemia (Op.Cit.:13, 14).

Nota: para las referencias bibliográficas completas, debe verse el artículo mencionado.

### C-Las coincidencias

En su trabajo Rosalía Garza muestra preocupación por la escasa atención que recibe la Comunicación interpersonal, tanto en la investigación como en la práctica comunicativa, siendo la actividad personal, cara a cara, cotidiana, la esencia misma de la comunicación desde sus comienzos. También en los temas de salud se extraña el poco uso que tiene la investigación cualitativa, que busca entender, comprender una situación dada.

Pero en el fondo Garza extraña la escasa participación de la palabra, de lo subjetivo, de lo cotidiano. Es lo mismo que se echa de menos en los estudios de investigación en temas de salud-y en la misma práctica asistencial, cuando ni el paciente ni el médico pueden desempeñar adecuadamente sus roles.

Y bienvenida la tecnología, en todas sus formas, siempre que no se busque con ella reemplazar-o suplantar la interacción humana, la expresión de lo subjetivo, de lo particular e individual. Se cree que una de las formas de evitar sobrevalorar la tecnología es re-integrando la medicina al campo de las Ciencias Sociales, lo que aportaría una visión más integral del concepto salud-enfermedad, y agregaría la sensibilidad suficiente para comprender el sufrimiento humano, lo que se ha conocido como empatía.

Por estas razones, desde nuestro campo, nos sentimos vinculados a la escuela de la comunicación interpersonal; es decir, a la sociología fenomenológica, a la psicología social y a la cibernética. Y lo hacemos desde la convicción de una necesidad-o desde la necesidad de una convicción: la del valor de la palabra. Sólo así haríamos posible una *saludable comunicación*.

---

### Bibliografía

Adam, J.M. y Revaz, F. (1996). “(Proto) tipos: la estructura de la composición en los textos”, en: *Textos de didáctica de la lengua y la literatura*, París: Seuil.

Baños i Díez, J. E. (2004). “Medición del dolor y el sufrimiento en personas con déficit de comunicación: niños pre-verbales, ancianos con demencia y personas mentalmente discapacitadas”, en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, editado por “Fundación Medicina y Humanidades Médicas”.

Barbero Gutiérrez, J. (2004). “Sufrimiento y responsabilidad moral”, en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*, Barcelona, editado por “Fundación Medicina y Humanidades Médicas”.

Berger, P. L. y Luckmann, T. (1979). *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrurtu editores.

Blumner, H. (1998). *Symbolic Interaccionism*, Berkeley, Cal. USA.: University of California Press.

- Casasbuenas Duarte, L. (2008). *La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo*. <http://www.portalcomunicacion.com/ocs/down/casasbuenas.pdf>
- Callahan, D. (2004). "Dolor y sufrimiento en el mundo: realidad y perspectivas", en: *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*; Barcelona, editado por "Fundación Medicina y Humanidades Médicas".
- Charadeau, P. (1992). *Grammaire du sens et de l'expression*, París, Hachette.
- Conde Gutiérrez, F. (2002). "Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la historia de la Medicina", en: *Rev Esp Salud Pública*; 76:395-408.
- Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, vigésima segunda edición, Madrid, Editorial Espasa Calpe, S.A., 2001.
- Drew, P.; Heritage, J. (1992). "Analyzing talk at work", en: *Talk at work: interaction in institutional settings*; edited by Drew, Paul; Heritage, John; New York, Cambridge University Press.
- Escandell Vidal, M.V. (2005). *La Comunicación*, Madrid, Editorial Gredos.
- Fuentes, R. (2003). *La investigación académica sobre comunicación en México*. México, ITESO
- Galindo, J. (2003). "Apuntes de historia de una comunicología posible. Hipótesis de configuración o y trayectoria"/ Portal de comunicología/. Disponible en <http://www.geocities.com/comunicologiaposible1/tbgalindo2.htm>.
- 2006. "Comunicología e interacción. La dimensión de la comunicación en el proyecto Hacia una comunicología posible", en: Martell, L.; Rizo, M. y A.V. (Coord.), *Políticas de comunicación social y desarrollo regional en América Latina*. (Vol. II, :217-258). México, D.F.: AMIC y Publicaciones UACM.
- Garza Guzmán, M.R. "Aportaciones de las Ciencias Sociales al estudio de la Comunicación Inter-personal"; en [www.razonypalabra.org.mx](http://www.razonypalabra.org.mx), número 61.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires, Argentina. Amorrurtu Editores.
- Greenhalgh, T. y Hurwitz, B. (2004); "¿Why study narrative? ", en: *Narrative based Medicine*, editado por Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz, 4ª impresión, Londres, BMJ Books.
- Hall, E.T. (1978). *La dimensión oculta*. 4ª edición en español, México, Siglo XXI Editores.
- Knapp, M.L., Daly, J.A., Albada, K.F., y Miller, G.R. (2002). "Background and Current Trends in the Study of Interpersonal Communication". En: Knapp, M.L., Daly, J.A., (Eds.), *Handbook of Interpersonal Communication*, 3 ed.:3-20. Sage Publications.
- Lain, P. (1983). *La relación médico-enfermo*, Madrid, Alianza.
- Leder, D. (1990). "Clinical interpretation: the Hermeneutics in medicine", en: *Theor. Med*; 11: 9-24.
- Martín Serrano, M. (1990). "La epistemología de la comunicación a los cuarenta años de su nacimiento". *Telos, Cuadernos de Comunicación, Tecnología y Sociedad*, 22:65-73.
- Mercado Martínez, F.J. (2000); "El proceso de análisis de los datos en una investigación socio-cultural en salud", en: *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. F.J. Mercado Martínez y T.M. Torres López (compiladores), Plaza y Valdés editores, S.A. de C.V., México, D.F.
- Ramentol, S. (2000). *Els silencis de la ciència*, Barcelona, Comunicació edicions, 3 i 4.
- Rosenberg, C.E. (1992); "Introduction framing disease: Illness, Society and History", en: Rosenberg, C.E.; Golden, J. editors. *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press: XIV.
- Simmel, G. (1971). *On individual and social forms*. Chicago, University of Chicago.
- Sperber, D. y Wilson, D. (1994); *La relevancia. Comunicación y procesos cognitivos*, Madrid, Visor.
- Van Dijk, T. A. (2001); "El discurso como acción en la sociedad", en: *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*, tomo 2, Barcelona, compilado por Van Dijk, Teun A. editorial Gedisa.
- Watzlawick, P.; Bavelas, J. B.; Jackson, D.D. (1987) *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*, sexta edición, Barcelona, Editorial Herder.
- Wukmir, V.J. (1967); *Emoción y sufrimiento: endo-antropología elemental*, Barcelona, Labor.

---

[Dr. Luis Casasbuenas Duarte](#)

Doctor en Ciencias de la Comunicación por la Universidad Autónoma de Barcelona, España.

© Derechos Reservados 1996- 2010

Razón y Palabra es una publicación electrónica editada por el  
Proyecto Internet del ITESM Campus Estado de México.