

El lenguaje clínico

Alberto Lifshitz

Jefatura de Servicios de Educación Médica, IMSS

(Recibido, junio 17, 1994; aceptado, agosto 25, 1994)

Un idioma es la lengua específica de una comunidad determinada, que se caracteriza por estar fuertemente diferenciada de las demás; su etimología destaca lo peculiar, puesto que *idios* significa precisamente propio, especial¹. Un lenguaje, por su parte, es un sistema organizado de signos apto para la interacción comunicativa dentro de una sociedad, y aunque tiene una acepción que es sinónimo de lengua, también tiene la de una facultad semiótica manifestada en una actividad condicionada por las características biológicas de los sujetos y por adaptación al canal de transmisión. Es, pues, un medio de comunicación que suele estar sistematizado y que comprende desde cualquier modalidad de expresión artística hasta la transmisión intermolecular de información bioquímica.

La enfermedad se expresa en el enfermo de tal manera que un intérprete, en este caso el médico, puede llegar a descubrirla. La habilidad diagnóstica comprende esta facultad de leer el lenguaje de los síntomas y descubrir su origen en la enfermedad. Aunque probablemente no sea del todo correcto hablar de un lenguaje clínico², este ensayo pretende aplicar algunos de los elementos de la lingüística a la interpretación de las relaciones entre las enfermedades y sus manifestaciones, en un intento exploratorio de sus posibilidades como auxiliar metodológico para la actividad clínica.

Si un lenguaje es un sistema de signos (o un conjunto de sistemas de signos) vinculados por reglas convencionales³, y si un sistema es un conjunto de elementos ordenados, interactuantes e interdependientes que tienen como finalidad el logro de un objetivo, los conjuntos de signos que permiten alcanzar una comprensión de cuanto le está ocurriendo a un paciente pueden ser visualizados como un lenguaje, que tiene sus propias pautas y que requiere de una particular destreza en el intérprete

para entenderla con fluidez. Una diferencia importante es que los lenguajes convencionales tienen una intencionalidad, la de comunicar significados, mientras que nadie podría atribuirle este empeño volitivo a la enfermedad que se expresa en síntomas.

El propósito de un lenguaje es la comunicación mediante signos; esta comunicación se centra en la llamada teoría de la significación⁴, que es el proceso que asocia un objeto, un ser, una noción o un acontecimiento con un signo susceptible de evocarlos. El signo es, pues, un excitante, un estímulo que se encuentra asociado a otro a través de un proceso psíquico. Un signo es todo elemento portador de un contenido semántico y habitualmente se encuentra integrado en un sistema. Suele dejar una huella mnemónica que todo estímulo idéntico o parecido al primero, o bien asociado a éste, puede hacer resurgir.

Las disciplinas que estudian la significación son la semántica, la semasiología, la semiótica, la semiología y la pragmática. La semántica es la rama de la lingüística que estudia el significado de las palabras, enunciados y oraciones; estudia las relaciones entre los signos y los objetos designados por ellos. Es el estudio del sentido que tienen las palabras⁵. La semasiología es el estudio que parte del signo para ir hacia la determinación del concepto; parte de las cadenas fónicas o textuales que ocurren en los procesos de comunicación e investiga los significados que llevan asociados. La semiótica es la ciencia general de los signos y, más en concreto, de los sistemas de signos; para algunos es similar a la semiología aunque ésta última se identifica más como una rama de la psicología social y por lo tanto se enfoca como una ciencia más general que la semiótica. La palabra "semiótica" viene del griego y significa "el arte de los signos"; curiosamente, tuvo su origen en la medicina y denota, precisamente, significar. La semiótica quiere ser una teoría general de los modos de significar⁶. Umberto Eco⁷ reconoce la existencia de una semiótica

médica que estudia la relación entre determinadas alteraciones externas y alteraciones internas y, por otro lado, la relación comunicativa y los códigos empleados en la interacción entre médico y paciente. La pragmática trata de las relaciones entre los signos y las personas que los producen. Las relaciones entre signo y significado son estudiadas por la semántica; aquéllas entre signo y signo por la sintáctica y las relaciones entre signos e interpretador por la pragmática.

Los signos se pueden dividir en dos grupos: los naturales y los artificiales. En los primeros hay una relación obvia entre el signo y lo que evoca, por ejemplo nube-lluvia. Los signos artificiales, en cambio, son convencionales y se instituyen a partir de que hay un acuerdo previo para que el signo evoque la imagen de lo que se pretende que representa. Se ha dicho que los signos son siempre institucionales⁸, es decir, que sólo existen para un determinado número de usuarios. El icono es una representación simbólica, no arbitraria, generalmente formal, que representa algún objeto con el que guarda una relación de semejanza. El mejor ejemplo es un retrato fotográfico o pictórico. Si un letrero, por ejemplo, muestra el dibujo de un ferrocarril, todo mundo es capaz de entender que por allí suele pasar el tren. El símbolo, en cambio, es un tipo de signo que tiene una relación convencional con el elemento que evoca, por ejemplo, la paloma como símbolo de la paz. No todos comprenden el significado de un símbolo a menos que estén dentro de la convención, manejen el mismo código o consulten los acuerdos escritos respectivos⁹. Los iconos se parecen pues a los signos naturales y los símbolos a los artificiales. La iconicidad depende de una semejanza natural, geométrica o funcional entre el signo y su objeto. Puede existir lo que se llama "iconicidad secundaria" en la que la semejanza no es directa con el objeto sino con algún signo que es, a su vez, semejante al objeto. El icono es el signo (o conjunto de signos) que exhibe en sí mismo las propiedades del objeto.

Índice o indicio es una variedad de signo que establece una relación de causa entre dos fenómenos, independientemente de que exista un observador o un intérprete. El humo es un indicio de que hay fuego, el habla balbuceante un indicio de embriaguez, el orificio de bala un indicio del disparo. Puede tener la connotación de huella, en el sentido que es una marca del objeto, al margen de que haya quien la identifique como tal. Se conoce también como "índex".

La palabra "sintoma" está muy claramente relacionada con la medicina, aunque también tiene un significado propiamente lingüístico. En realidad es también un indicio que transmite información acerca del individuo que lo genera, habitualmente de su estado emocional o de salud; esto representa una de las funciones del lenguaje, la sintomática. Se dice que es un signo natural pero que es parte constituyente del referente (se entiende por referente el objeto real). Se ha pretendido negar el carácter de signo a los naturales porque, se dice, "el cielo nublado tiene la misma intención de comunicarnos una información que el cazador y el malhechor que dejan indicios en el teatro de sus operaciones"¹⁰. La semiología estudia los signos emitidos por el hombre y los divide en primarios y secundarios. La función de los signos primarios es, principalmente, la de establecer la comunicación, mientras que los secundarios proporcionan información de sí mismos sin que ésa sea su intención. La semiología de la comunicación estudia el campo limitado de los signos primarios, mientras que la semiología de la significación abarca el más extenso de los signos primarios y secundarios¹¹. En lingüística el signo es siempre la marca de una intención de comunicar un sentido, es decir, tiene que haber una cierta convención social. Sin embargo, no puede ni negarse la existencia de signos naturales ni su potencialidad de comunicar significados a quien pueda interpretarlos, independientemente de que sean o no objeto de estudio de la lingüística. También se ha negado el carácter universal de los síntomas; según Todorov¹² "no se tose igual en Francia y en Nueva Zelandia".

La clínica puede conceptualizarse como un sistema de signos naturales, secundarios, que, sin conformar estrictamente un lenguaje en el sentido técnico, traducen al intérprete ideas específicas con relación al referente. De hecho, se ha propuesto que la clínica es "un concepto casi lingüístico con elementos de cálculo de probabilidades"¹³

Los componentes de un signo son el significante y el significado¹⁴. Se le llama significante al plano de la expresión y significado al plano del contenido. En otras palabras, el significante es el signo propiamente dicho y el significado lo que evoca el signo, mientras que la significación es la relación entre ambos. En la clínica se establecen enlaces entre la enfermedad y el signo similares a los del significante con el significado; estos enlaces son bidireccionales y tienen indudables relaciones semánticas¹⁵. La capacidad de la enfermedad para generar un determinado signo pertenece al campo de la semiogénesis y la capacidad

de un signo para sugerir una determinada enfermedad pertenece al campo de la semiología. La semiogénesis está directamente relacionada con la patogenia, mientras que la semiología lo está con el diagnóstico diferencial de las enfermedades. La semiogénesis vuelve reconocible a la enfermedad mientras que la semiología vuelve expresivo al signo. La semiogénesis se relaciona con la sensibilidad y la semiología con la especificidad. La semiogénesis es subjetivización de la enfermedad y la semiología es objetivización del signo. Sapira¹⁶ ha acuñado el término "semiofisiología" para referirse al estudio de las bases fisiológicas por las cuales se producen los signos.

En medicina se tiende a denominar "signos" a los indicios objetivos de enfermedad, mientras que "síntoma" se refiere a lo que es apreciable solamente por el paciente¹⁷. El adjetivo "sintomático", si bien es lo perteneciente al síntoma, también denota que algo está ocurriendo o está por ocurrir. Pero, además, parece tener otras connotaciones como puede verse en los siguientes ejemplos: una enfermedad sintomática es la que provoca molestias mientras que una asintomática transcurre indolente; el período sintomático de una enfermedad es aquél en el que aparecen los indicios clínicos que pueden permitir reconocer su presencia; algo se considera sintomático si es que refleja una realidad oculta o de fondo; el tratamiento sintomático (que debiera mejor llamarse antisintomático) es aquél dirigido exclusivamente a borrar sus expresiones y no a curar la enfermedad; el diagnóstico sintomático es el que identifica con claridad cuáles son auténticamente las manifestaciones de la enfermedad.

Para evitar confusiones entre síntoma y signo, Feinstein¹⁸ ha propuesto una nomenclatura diferente y a todos los signos (en el sentido lingüístico de la palabra) les ha llamado "caracteres nosográficos", independientemente de si son subjetivos u objetivos. Al conjunto de estos caracteres, que conforman el padecimiento de un enfermo, les llama "cuadro nosográfico" para diferenciarlo del "cuadro clínico" que es el de la enfermedad, es decir, el descrito en los textos a partir del estudio de muchos enfermos y sus características comunes. Distingue "síntomas subjetivos" de "síntomas objetivos" en que los primeros son sensaciones notadas por los pacientes y que sólo pueden identificarse por medio del interrogatorio, por ejemplo, dolor, parestesias, mareo, visión borrosa o sensación de tristeza. Los síntomas objetivos son las observaciones que ha hecho el paciente en relación con su cuerpo o con los productos de éste, por ejemplo, ictericia, hinchazón de los tobillos o sangre

en la orina. También se incluyen bajo la denominación de síntomas objetivos las observaciones hechas por parientes u otros legos, por ejemplo cuando describen una crisis convulsiva. A estos síntomas objetivos también los llama "signos subjetivos" y los clasifica en "corporales" si ocurren en el cuerpo del paciente, por ejemplo, un exantema o una crepitación articular, y "efluentes" si se relacionan con los productos que emergen del cuerpo del paciente, como vómito verde, orina oscura o esputo sanguinolento. Les llama "síntomas provocados" a todas las percepciones subjetivas que sólo son notadas por el paciente durante el examen físico, por ejemplo, dolor a la presión en la fosa iliaca derecha, disestesia o pérdida de la visión central de un ojo.

A las observaciones que pueden ser hechas por el médico durante la exploración les llama Feinstein "signos físicos"; no conserva la denominación de simplemente signos para no confundir con la connotación lingüística y para diferenciarlos de los signos paraclínicos. A los signos físicos que sólo pueden ser identificados con técnicas especiales de exploración, como los exudados retinianos o los nódulos prostáticos, les llama "signos yátricos (o iátricos)". Son "signos paraclínicos" todos los resultados de otros exámenes que no realiza el propio clínico, y "síntomas yatrotrópicos" aquellos que llevan al paciente a buscar ayuda médica y que se distinguen de los no yatrotrópicos en que estos últimos son identificados por el médico durante la atención del paciente.

Esta nomenclatura ilustra los diversos caminos por los cuales el médico adquiere información relevante para el diagnóstico, para "oír" a la enfermedad y las vías por las que la enfermedad "habla". Sólo en los síntomas yatrotrópicos se puede identificar una internacionalidad que no lo es tanto del lenguaje como del enfermo. El médico no puede tan sólo dejar a la enfermedad expresarse porque lo puede hacer de una manera muy lenta a pesar de que el deterioro orgánico del enfermo pueda tener una mayor velocidad. Tiene, entonces, que avanzar propositivamente en la búsqueda de signos, a veces incluso de manera agresiva. Los síntomas yatrotrópicos tienen el incuestionable valor de propiciar el contacto del paciente con el médico y poseen, por lo tanto, el máximo valor protector, independientemente de que traduzcan o no un daño severo. El médico puede jerarquizar los signos de una manera diferente a como lo hace el paciente, pero conviene que no deje de lado los yatrotrópicos que suelen ser los prioritarios para el enfermo. Esta nomenclatura ayuda a identificar las

relaciones entre el signo, el paciente, el médico y la enfermedad, y a expresar más comprensiblemente algunas de las características de la interacción entre el médico y el paciente.

El lenguaje de la clínica, como muchos otros, tiene diversas funciones¹⁹. Por un lado, una función cognoscitiva que abarca tanto la obtención de información como la capacidad de argumentar y razonar con ella; por otro, una función ordenadora que permite estructurar mejor el pensamiento con la ayuda de los signos lingüísticos; una función realizadora en la que, a partir de una interpretación del lenguaje, se ponen en marcha acciones psicomotoras; una función denotativa o referencial que permite la comunicación entre expertos; una función de desarrollo en la que, a partir de los acuerdos, pueden irse generando propuestas de un nivel de integración progresivamente más alto. Ya se habló de la función sintomática.

El lenguaje de la clínica es el fundamento de una de las actividades más características del médico: el diagnóstico. Este tiene que entenderse como la integración psíquica de síntesis entre signos y enfermedad. En otras palabras, el diagnóstico clínico sólo se da en la conciencia del médico y no en una realidad que exista por sí misma. Como señalan Cabrera y Gaxiola²⁰ "mientras que el cuadro patológico es la suma de la patología y sus consecuencias *observables*, el cuadro diagnóstico es la suma de la patología y sus consecuencias *observadas*". Y es que la enfermedad natural siempre se presenta como un conjunto de signos y no como un sistema estructurado y organizado, siempre igual a sí misma y siempre pronta para la ubicación nosológica. La enfermedad se expresa siempre de manera singular y es el individuo el que impone a su enfermedad sus propias y múltiples determinaciones, su propio substrato biológico, psicológico y social²¹. Por medio del estudio de los textos se puede saber que existen determinadas relaciones entre la enfermedad y sus signos, pero es por medio de la experiencia que se crean los reflejos condicionados que permiten evocar ante la conciencia, con rapidez y naturalidad, estas mismas relaciones. En el aprendizaje de cualquier idioma se transita de una fase intencional y consciente de la búsqueda de relaciones semánticas a una automática, inconsciente e involuntaria basada en reflejos condicionados; esta agilidad es consecuencia de la práctica y le da un valor insustituible a la experiencia

Un enfoque semiótico del diagnóstico clínico confiere trascendencia a la interpretación de los signos²². Los signos clínicos aislados a veces carecen de valor semiológico y sólo los adquieren cuando se asocian con otros. Lo mismo que las palabras, aunque tengan su semántica propia, su carácter polisémico exige que se interpreten en función de su contexto. La palabra "llama" puede significar una flama, una pasión, un mamífero de América del Sur o una acción del verbo llamar; por lo tanto, tiene que interpretarse de acuerdo con las palabras que la acompañan. En la clínica sucede algo similar, pues el número de signos es mucho menor que el de enfermedades, lo mismo que en cualquier lenguaje en relación con significantes y significados. La amplitud polisémica de los signos clínicos es variable, pero prácticamente todos ellos tienen esta propiedad; por eso se dice que no hay signos patognomónicos en el sentido de que puedan tener un significado único. Los signos paraclínicos suelen tener una interpretación menos equívoca pero aun éstos requieren de un diagnóstico diferencial que se sustenta en los signos adicionales presentes.

Los signos de las enfermedades suelen agruparse en cuadros clínicos o en síndromes, según se les reconozca o no un origen determinado. El cuadro clínico corresponde a todos los signos que puede producir una enfermedad específica jerarquizados según su frecuencia. El síndrome es un conjunto de signos fisiopatológicamente relacionados pero que pueden tener orígenes diversos. Se ha propuesto que el conjunto sistematizado de signos clínicos puede equivaler al concepto semántico de icono²³, que muestra las propiedades del objeto, y que el médico integra los iconos diagnósticos procurando satisfacer sintácticamente a la lógica y semánticamente a la realidad. Las relaciones sintácticas entre los signos clínicos obedecen a un vínculo fisiopatológico, que es consubstancial tanto a los síndromes como a los cuadros clínicos. Estos enlaces sintácticos se refieren no solamente a signos simultáneos sino que frecuentemente son sucesivos, lo que equivale al discurso lingüístico, de modo que los iconos pueden ser instantáneos o evolutivos. La enfermedad es un suceso progresivo que tiene una historia natural gradual, tanto en severidad como en expresión. El momento de la historia natural de la enfermedad en el que ocurre la participación del médico determina no sólo el pronóstico sino la facilidad de interpretar sus signos y el grado de intervención que exige. En la fase preexantemática de una enfermedad viral ésta difícilmente puede identificarse a menos que se cuente con antecedentes epidemiológicos claros o que el

médico tenga la poco probable idea de realizar estudios de laboratorio complejos. Este carácter evolutivo confiere al lenguaje clínico la peculiaridad de incorporar sucesivamente nuevos signos; en la conformación del cuadro nosográfico participan tanto las enfermedades que tuvieron los ancestros del paciente muchos años antes como lo que le está ocurriendo al enfermo en el preciso momento presente.

El clínico tiene que hacer una traducción de la forma en que el paciente expresa, ya sea verbal o corporalmente, su enfermedad, en términos que posean una representatividad convencional. Este no es asunto tan fácil y suele ser fuente de errores. Como en cualquier traducción existe el doble compromiso de interpretar fielmente lo que quiso expresar el emisor y seleccionar el término preciso para designarlo. Cuando un paciente dice que "se le duerme la mano" el médico tiene que identificar si lo que tiene es parestesias, hipoestesia o paresia; si tiene los tobillos aumentados de volumen hay que precisar si es edema o flogosis; si se queja de mareo puede ser vértigo, lipotimia, sensación de inestabilidad o hasta náusea. Esta fase de la actividad clínica se conoce como "diagnóstico sintomático" y equivale a leer bien las palabras.

En una segunda fase las palabras forman frases u oraciones, llamadas sintagmas, mediante las reglas de la sintaxis; los signos clínicos se interrelacionan en síndromes o complejos sintomáticos mediante vínculos fisiopatológicos. El sintagma tiene una connotación lingüística más compleja que las palabras aisladas y tiene una representación psicológica más específica. Un síndrome, por su parte, evoca una lista de causas notablemente menor que lo que evoca un solo signo o un grupo de ellos y se avanza de los inespecífico a lo preciso. Cuando el padecimiento está conformado por varias enfermedades asociadas, la lectura del texto se hace en capítulos que, teniendo su independencia, no dejan de tener relación entre sí. Si a leer se

Referencias

1. Cerdá-Massó R. (Coordinador). Diccionario de lingüística. España, Ed Anaya, 1986.
2. Mounin G. Semántica y neurología. "El hombre neuronal" y la lingüística. Diógenes. No. 157 Enero-Marzo 1992;48-72.
3. Dubois J, Giacomo M, Guespin L, Marcellesi C, Marcellesi HG, Mével JP. Diccionario de lingüística. Madrid, Alianza Ed, 1979;375.
4. Parkinson GHR. La teoría del significado. Méx, Fondo de Cultura Económica, 1976.
5. Guiraud P. La semántica. Fondo de Cultura Económica. 2a. Ed, México, 1976.
6. Dubois J, et al. Op cit. 553.
7. Eco U. Tratado de semiótica general. 3a. Ed. España, Editorial Lumen, 1985;38.

aprende leyendo, a entender a los enfermos se aprende escuchando lo que dicen sus cuerpos o su voz. Un desenlace lógico puede constituir una especie de retroinformación de que la comprensión de la lectura de un texto fue correcta, mientras que un papel similar puede jugar la evolución de la enfermedad. El "diagnóstico por evolución" o la "prueba terapéutica" tienen un cierto carácter confirmatorio de la hipótesis previamente elaborada.

Los matices del lenguaje clínico vuelven compleja su lectura pues no sólo se expresa en signos y conjuntos de ellos sino tienen importancia, por ejemplo, su severidad, los efectos de condiciones comórbidas, la secuencia de aparición de los fenómenos, el tiempo que tardan en irse haciendo evidentes, la rapidez en la progresión de la enfermedad, el estado funcional del paciente, su capacidad para percibir los síntomas, su facilidad para expresarlos, la modulación psicológica, las motivaciones sociales, las ganancias secundarias y la disponibilidad de recursos diagnósticos. La habilidad para interpretar los signos de las enfermedades es la cualidad que ha caracterizado al médico de todas las épocas. Los sistemas expertos han logrado descifrar los signos aislados y en combinación aplicando equivalencias semánticas y estimaciones probabilísticas que sólo reducen el amplio campo del diagnóstico diferencial, pero la peculiar expresión de la enfermedad en signos constituye un lenguaje que sólo puede ser entendido no tanto por los afiliados a la convención como por quienes han desarrollado la destreza en su traducción, entienden su mecanismo de producción, valoran su vital importancia, perciben los matices y son capaces de leer entre líneas. El "lenguaje clínico" abarca tanto signos explícitos, como simbólicos, sutiles, enmascarados, icónicos, ocultos, tímidos, sublimados, matizados, exagerados y minimizados; en suma, se trata de un lenguaje ciertamente difícil de entender.

Agradecimiento: A la Srita. Trinidad Martínez por su revisión del manuscrito y sus importantes aportaciones críticas.

8. Ducrot O, Todorov T. Diccionario enciclopédico de las ciencias del lenguaje. 10a. Ed. México, Siglo XXI Editores. 1984;122.
9. Chevalier J, Gheerbrant A. Diccionario de los símbolos. Barcelona, Editorial Herder, 1986.
10. Guiraud P. La semiología. 9a. Ed. México, Siglo XXI Editores 1982;33.
11. Avila R. La lengua y los hablantes. 3a. Ed. México, Editorial Trillas, 1991;12-5.
12. Ducrot O, Todorov T. Op cit 125.
13. Laredo F. La clínica como idioma. Gac Med Méx 1993;129:214-6.
14. Cerdá-Massó R. Lingüística, hoy. 6a. Ed. Barcelona, Editorial Teide, 1982.
15. Cabrera E, Gaxiola A. Las relaciones semánticas entre patología y signo 2a. Ed. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1987.
16. Sapira JD. The art and science of bedside diagnosis. Baltimore, EU, Urban and Swarzenberg Ed. 1990;5.
17. Diccionario terminológico de ciencias médica. 12a. Ed. México, Editorial Salvat, 1992.
18. Feinstein A. Clinical Judgment. (Reimpresión 1985). Malabar, Florida, EU. Robert E. Krieger Publ. Co. 1967.
19. Moscato M, Witwer J. Psicología del lenguaje Madrid, España, Editorial EDAF, 1979.
20. Cabrera E, Gaxiola A. Op cit. 154.
21. Bouton J. El síntoma y el signo. Puebla, México. Universidad Autónoma de Puebla, 1986;6.
22. Burnum JP. Medical diagnosis through semiotics. Giving meaning to the sign. Ann Intern Med 1993;119:939-43.
23. Cabrera E, Gaxiola A. Op cit. 158.