

Lo que crees que has dicho no es lo que creen que has dicho. Los efectos de los actos de habla en la comunicación transcultural

Holly Jacobson

California (Estados Unidos)

Introducción

Miguel Padilla vuelve a la sala de espera donde se reúne con su esposa y tres hijos. Ve al doctor Agnew acercarse a la recepcionista para darle sus papeles y desparecer otra vez por la puerta de su despacho. «¿Qué?», pregunta su esposa. «Ese es uno de los hombres más antipáticos que he conocido en mi vida!» dice Miguel. «¿No me preguntó nada ni me dejaba hablar y me trataba como si fuera un tonto!» El Dr. Agnew se acerca a la enfermera a pedirle los papeles del siguiente paciente. «¿Qué tal fue con Miguel Padilla?», le pregunta la enfermera. «No se puede decir que sea muy amable», contesta el doctor. «Parece mudo. No quiso hablar y apenas pude conseguir la información que necesito».

Los malentendidos, como es bien sabido, entre médicos y pacientes, son muy comunes. Los profesionales de la salud suelen usar un vocabulario y un lenguaje que no comunica lo suficientemente bien. Es común ahora ver en revistas y cartas de salud artículos con consejos sobre cómo conseguir información útil del médico y sobre los derechos del paciente a saber y realmente entender su diagnóstico, pronóstico y los detalles de su tratamiento. La literatura que trata de ese tema muestra claramente que, aunque los profesionales de la salud necesitan poner más de su parte en la co-

municación eficaz con sus pacientes, los pacientes también deben ayudar al médico durante todo el proceso y aprender a preguntar y expresarse adecuadamente durante las consultas (ver como ejemplo el artículo en *Health*¹ que se cita en las referencias).

La comunicación sigue siendo un problema considerable en las clínicas y hospitales, incluso entre los que hablan la misma lengua. Pero los malentendidos y malas interpretaciones se multiplican cuando los interlocutores no comparten una misma lengua nativa. Tanto cuando esa comunicación se realiza con la ayuda de un intérprete como cuando el paciente se dirige al profesional de la salud hablando inglés como segunda lengua, muchos problemas pueden surgir y producir una ruptura en la comunicación. Parte de la responsabilidad la tienen los temas relacionados con el racismo, sexismo, estatus socioeconómico y otros asuntos sociales. Pero lo que pasó entre Miguel Padilla y el doctor Agnew podría ocurrir entre personas con las mejores intenciones y que, al principio por lo menos, se respetan mutuamente. Una de las mayores causas de los frecuentes malentendidos entre doctor y paciente son las diferencias lingüísticas que existen entre interlocutores².

La comunicación depende de una serie de características y normas lingüísticas que han de ser compartidas por dos personas, y durante una conversación es imprescindible que ambas interpreten lo que se dice de la misma forma, basándose en las mismas normas. Aunque dos personas que comparten la misma lengua nativa (y la misma variedad, el inglés del sur de los Estados Unidos, por ejemplo) pueden interpretar lo que se ha dicho de distinta forma (por ejemplo, muchos estudios han mostrado diferencias en las formas de comunicarse entre niños y adultos, hombres y mujeres, personas de diferentes clases socioeconómicas, etc.), el simple hecho de compartir la misma lengua disminuye la posibilidad de una mala comunicación. En un artículo reciente³ nombré algunas de las variables lingüísticas que influyen en la comunicación, incluyendo patrones entonativos, tono, expresiones de la cara, gestos

y pausas. Cuando intentamos aprender una segunda lengua y salimos de la sala de clase teórica para poner en práctica lo que hemos aprendido, nos damos cuenta enseguida de que «aprender un idioma» es mucho más que memorizar una lista de vocabulario y la conjugación de los verbos. Tenemos que aprender cuándo es apropiado hablar y cuándo no, qué duración deben tener las pausas, que las preguntas tienen distinta entonación en cada lengua, que decir *gracias* o *disculpa* no es apropiado en los mismos contextos que nosotros solemos usarlos, etc. La lista sería interminable porque el aprendizaje de una segunda lengua supone todo esto y mucho más, y requiere años de dedicación.

Los actos de habla

Aquí vamos a enfocarnos en uno de los muchos componentes que contribuyen a nuestra habilidad de expresarnos bien y sin malentendidos en un idioma. El *acto de habla* es llamado así porque está traducido muy literalmente de la expresión inglesa *speech act* popularizada en los años 60 por dos filósofos, Austin y Searle. Austin⁴ fue el primero en presentar la idea del acto de habla como una unidad funcional en la comunicación. En la teoría desarrollada por Austin, cuando una persona dice o enuncia algo, lo dicho puede tener dos significados: el significado literal, o locutivo, y el significado ilocutivo, también conocido por fuerza ilocutiva. Por ejemplo, el significado literal o locutivo de *tengo sed* describe el estado físico del hablante. La fuerza ilocutiva es el efecto que el hablante desea que tengan sus palabras sobre el oyente: puede ser una forma de pedir algo de beber, por ejemplo. En el último caso podemos llamar al enunciado un acto de habla indirecto.

Searle⁵, basándose en las ideas de Austin, estableció un modelo en el cual cada acto realmente consiste en cuatro: acto de enunciar (simplemente decir palabras), acto literal (como el sentido literal de Austin mencionado anteriormente), acto ilocutivo (con la fuerza ilocutiva de Austin, que realmente significa la intención o deseo del hablante) y acto

perlocutivo, que aquí es lo más importante: *el efecto real que tiene el enunciado en la persona que lo escucha*. Searle también clasificó los actos de habla en cinco grupos:

1. Encomendativos (promesas o amenazas). Ej.: «La recepcionista te llamará para hacer una cita».
2. Declarativos (enunciados que se usan para declarar un cambio en el estado de las cosas). Ej.: «Le declaro el cirujano jefe del hospital».
3. Representativos (afirmaciones, reclamaciones e informes). Ej.: «Sus niveles de colesterol son altos».
4. Expresivos (disculpas, quejas y otras expresiones de sentimientos y actitudes hacia algo). Ej.: «No me gusta cómo me trató el Dr. Agnew».
5. Directivos (sugerencias, peticiones y mandados). Ej.: «Túmbese encima de la cama» (directo); «¿Por qué no se sienta encima de la cama?» (indirecto).

Diferencias transculturales

Las personas de una misma cultura comparten normas o reglas restrictivas que definen cómo y cuándo se pueden usar ciertas estructuras lingüísticas⁶, entre ellas los actos de habla. Los problemas de comunicación producidos por los actos de habla provienen de las diferencias que existen entre esas normas. Incluso cuando en dos idiomas existen todas y cada una de las cinco categorías descritas por Searle, su uso puede ser diferente. Si en inglés es apropiado usar un directivo en un contexto, no quiere decir que sea apropiado en el mismo contexto en español, chino o japonés.

En mis propias investigaciones, he encontrado diferencias en cuanto a las normas que existen en español e inglés y la relación de éstas con el uso de los actos de habla y otras estructuras lingüísticas. En un análisis de dos grupos de folletos educativos sobre salud⁷, muestra que el español (folletos de México) y el inglés (folletos de Estados Unidos) son diferentes a nivel de ser más o menos «directos». Las estructuras lingüísticas que señalan la intención o deseo de ser directo (o de no serlo)

son, entre otras, los actos de habla (directivos vs. representativos, etc.), los pronombres (usted, tú, nosotros) y la densidad de texto (texto más o menos conciso o breve). Mis análisis muestran que los idiomas se encuentran en distintos puntos en un continuo que va desde la tendencia a ser muy directo hasta la tendencia a ser bastante indirecto. Por ejemplo, el alemán tiende a estar orientado muy al lado izquierdo en el continuo que se ve en el cuadro 1. Eso quiere decir que se caracteriza por una

alta frecuencia de directivos directos, pronombres de segunda persona y texto muy breve y explícito. El inglés también tiende a estar más orientado hacia el lado izquierdo, aunque es menos directo que el alemán. El español de México, por otro lado, se orienta mucho más hacia el lado derecho que el alemán y el inglés, empleando más actos de habla indirectos, el pronombre plural (que puede ser una forma de señalar solidaridad) y texto más denso pero menos explícito.

Cuadro I. Continuo de idiomas directos e indirectos

<p>Idiomas directos actos de habla directos (directivos directos) directivos pronombres de segunda persona (usted, tú) texto breve, conciso y explícito</p>	<p>Idiomas indirectos actos de habla indirectos (representativos, indirectos) pronombre plural (nosotros) texto más denso, elaborado y menos explícito</p>
--	---

Los folletos de salud en inglés, cuyo propósito es convencer al lector de comportarse de alguna forma para conseguir o evitar algo (por ejemplo, no compartir jeringas para evitar el contagio del SIDA) se caracterizan por una alta frecuencia del uso de directivos. Los folletos

en español, sin embargo, se caracterizan por menor uso de directivos y mayor uso de representativos. Incluso muchos folletos no contienen ningún directivo. El cuadro 2 resume las diferencias en las formas de proporcionar información sobre SIDA al lector:

Cuadro II. Categorías de actos utilizados en folletos educativos sobre el SIDA

Inglés	Español
<p>Actos directivos directos: – <i>Use condoms</i> (Use condones). – <i>Never share needles</i> (Jamás comparta jeringas). – <i>Limit your number of sexual partners</i> (Limite el número de personas con quien tiene relaciones sexuales).</p>	<p>Actos representativos: – Puedo protegerme usando condones. – Hay que mantenerse alejado de las drogas y de las agujas y jeringas que hayan sido utilizadas. – Tienes que usar un condón si tienes relaciones sexuales, pero lo más seguro es no buscar sexo a toda costa y con cualquiera.</p>

El uso de directivos directos también es una característica del inglés oral. Cuando el médico usa un directivo, su intención, es decir, el acto ilocutivo, puede ser darle consejos al paciente para su propio bien. La fuerza perlocutiva, o la fuerza real que se produce en el paciente que comparte el mismo idioma nativo que el médico, será normalmente la deseada. Yo, por ejemplo, me encuentro perfectamente cómoda cuando mi médico me dice: «Coma menos grasa saturada y haga más ejercicio, Ms. Jacobson, y así le bajará el colesterol», o con

directivos tales como, «Siéntate aquí», o «Respira profundo». Desde mi punto de vista y según mis normas como anglohablante, esos actos de habla me parecen normales y apropiados en el contexto de diálogo entre médico y paciente. Pero para una persona de México, por ejemplo, la fuerza perlocutiva puede ser muy diferente. Los directivos directos se utilizan mucho menos en las variedades de español en México* y su uso puede llegar a ofender al paciente o hacerle sentir intimidado o hasta asustado. Incluso las personas que hablan algo de

inglés pueden ofenderse por el trato directo y, para ellas, poco respetuoso que reciben del médico.

Siguiendo el escenario con que se inició este artículo, podemos concluir que el médico, con sus mejores deseos y profesionalismo, termina frustrado y sin entender bien los problemas de su paciente, pensando incluso que no tiene interés en su propio tratamiento. El paciente termina desilusionado, pensando que el médico no le tiene el menor respeto ni le importa lo que le pasa. Decide que es la última vez que va a acudir a un médico norteamericano.

Conclusión

La falta de comunicación es una de las razones principales por las cuales la comunidad hispanohablante utiliza menos los servicios sanitarios en este país. Un aspecto de la comunicación que puede influir en la relación entre médico y paciente son los actos de habla, que se usan en ciertos contextos según las normas del idioma. Si el médico y el paciente no comparten las mismas normas o no reconocen que esas diferencias existen, se pueden producir equívocos en la interpretación de lo que se ha dicho y lo que se ha hecho durante la consulta.

Los actos de habla son solamente uno de los muchos factores lingüísticos que pueden afectar a la comunicación. Hay muchas dimensiones que se someten a normas y reglas particulares a un idioma y es necesario que los estudios e investigaciones en el campo de la comunicación y educación para la salud se informen de las teorías desarrolladas dentro de la lingüística. Hasta ahora se ha discutido mucho la gran necesidad de acercarse a las comunidades de idiomas minoritarios y proporcionarles mejores servicios sanitarios. Pero la mayoría

de la retórica que se difunde está basada en ideas estereotípicas sobre las diferentes comunidades que conviven en este país, sin ofrecer soluciones reales de cómo mejorar la comunicación. Los intentos que se han hecho hasta ahora para mejorar la comunicación y desarrollar documentos educativos no han incluido la aplicación de lo que se sabe ya sobre los idiomas y ha habido pocas investigaciones sobre la comunicación en contextos sanitarios en otros países. Si queremos incluir a todas las comunidades en el objetivo de crear una sociedad más sana, tenemos que profundizar nuestras investigaciones y establecer una «polinización cruzada» con otras disciplinas, sobre todo, en este caso, la lingüística. ■

Bibliografía

1. Jetter A. Help! Health magazine, julio/agosto 2000: 118-21.
2. Scollon R, Scollon SW. Intercultural communication: A discourse approach. Oxford: Blackwell; 1995.
3. Jacobson H. La comunicación con pacientes hispanohablantes. *Panace@* 2001; (3): 58-66.
4. Austin JL. How to do things with words. Cambridge: Harvard University; 1962.
5. Searle J. Speech acts: an essay in the philosophy of language. Londres: Cambridge University; 1969.
6. Saviile-Troike M. The ethnography of communication. Oxford: Blackwell; 1989.
7. Jacobson H. Spanish health messages: are they reaching their target? [Investigación en curso, subvencionada con una beca de la Agency of Healthcare Research and Quality;]

Artículo publicado en *Médico Interamericano* 2001; 20: 26-28 [<http://www.icps.org>]. Reproducido con autorización de *Médico Interamericano*.

* Según mis experiencias, las variedades de español en España favorecen una comunicación más directa que las variedades de México. Ese tipo de diferencia puede contribuir más a problemas de comunicación entre personas de diferentes países hispanohablantes que cualquier otra diferencia, incluyendo vocabulario.