

Aportaciones de la semiótica a la medicina.

José Manuel García Arroyo (España).¹

Resumen.

Para aplicar la semiótica a la medicina hay que entender la enfermedad como un proceso que excede las manifestaciones biológicas, pues se inserta en un medio social. En principio, la enfermedad es inasimilable por los procesos semióticos, dado que pertenece a lo “real” del cuerpo; ahora bien, los personajes que intervienen en el acto médico pueden transformarla en un “signo”. Esto puede hacerse de distinta forma: a) el paciente realiza una apropiación desde el “significado”, interviniendo las creencias y los mitos populares y b) el médico efectúa el mismo trabajo desde el “significante”, convirtiendo el saber médico en un verdadero sistema con una sintaxis propia. Con ello, hemos encontrado un conjunto de regularidades, lo que coincide con los propósitos de la semiótica contemporánea.

Palabras clave.

Semiótica. Signo. Enfermedad. Semiología médica.

Abstract.

To apply semiotics to medicine must understand the disease as a process that exceeds the biological manifestations, because it is embedded in a social environment. In principle, the disease is unassimilable by semiotic processes, as it is part of the "real" body; however, the characters involved in the medical act can transform it into a "sign". This can be done in different ways: a) the patient makes an appropriation from the "signified", which implies beliefs and popular myths and b) the doctor performed the same job for the "signifier", making of medical knowledge, a real system with own syntax. With this, we have found a set of regularities, which coincides with the purposes of contemporary semiotics.

Key words.

Semiotics. Sign. Disease. Medical semiotics.

Introducción.

En este trabajo mostramos la importancia que tienen los conocimientos de semiótica para la medicina y las relaciones fructuosas que pueden establecerse entre ambas disciplinas. Trátase de una propuesta con mucho porvenir ya que, a menudo, la medicina ha sido reducida a la intelección de los procesos físicos del paciente, sin considerarlo como sujeto, incluido en una cultura particular, con creencias y valores propios. Al mismo tiempo, no podemos olvidar que la práctica médica se halla integrada en la sociedad y, como tal, muestra una serie de características debido a esta inclusión. Basándonos en lo dicho intentaremos, en la medida de lo posible, escapar al reduccionismo que excluye los funcionamientos subjetivos de médico y paciente cuando se enfrentan a la enfermedad en el marco de una colectividad humana.

El actual concepto de semiótica remite a una extensa búsqueda y exploración en torno al complejo fenómeno de la significación, que tuvo su punto de arranque en la Grecia Clásica, de la mano de los principales filósofos como Platón, Aristóteles, estoicos, epicúreos y escépticos (Ferrater, 1988). Estas indagaciones desembocaron en los tiempos modernos en las actuales aplicaciones a las estructuras culturales complejas, donde se han realizado logros sorprendentes. Pero, tan solo acercarnos a la disciplina de la que disertamos nos encontramos con un problema de terminología, ya que algunos la denominan “semiótica” mientras otros hablan de “semiología”.

Esta dificultad parte del doble origen que se le reconoce a esta rama del saber de manera que, la corriente nacida de los textos de Peirce (1974, 2007) y desarrollada en territorio estadounidense prefirió llamarse “semiótica”, mientras que la emanada de Saussure (1990) asociada al universo europeo, ha adoptado el nombre de “semiología”. Aunque existen ciertas diferencias respecto al enfoque de ambas sobre el objeto que estudian, a nivel de nomenclatura se ha optado por aunar ambas tradiciones (anglosajona y europea) en el término de “semiótica” y de esta forma ha quedado instituido desde el primer congreso de

la *International Association for Semiotic Studies*, celebrado en 1969. Esta denominación nos viene muy bien a nosotros, dado que no conviene confundir la “semiótica” con la “semiología médica”, a la que más tarde nos referiremos.

En el presente, la disciplina de la que hablamos se ha desarrollado en forma de diálogo con numerosos campos del conocimiento; entre ellos cabe mencionar derroteros que la asocian al psicoanálisis, como es el pretendido por Julia Kristeva (1982, 1987), creadora del “semanálisis”, que establece el inconsciente humano como lugar en el que se elabora el sentido (Paris, 2003). No obstante, se están considerando múltiples interacciones y se ha optado por crear otros tantos vocablos que las definen (ej. “sociosemiótica”, “semiolingüística”, “antroposemiótica”, ...). Por nuestra parte, seguiremos aquí una exposición que va de lo general a lo particular, pues comenzaremos brevemente por la “teoría general de los signos”, para pasar a la aplicación de ésta a la cultura y, finalmente, desembocar en las relaciones entre medicina y semiótica. Procuraremos esclarecer cómo el conjunto de saberes y actuaciones del profesional de la medicina se halla inscrito en una serie de coordenadas sónicas propias de la sociedad posmoderna, desde donde podemos alcanzar una “semiótica de la medicina” con la que entender mejor la praxis médica.

Estamos ante una auténtica investigación en la que la semiótica sirve como método, con el que será posible obtener un saber completamente nuevo. Mas, dada la complejidad del asunto y como recurso, intentaremos ilustrar el texto con ejemplos de la vida cotidiana, a los que se añadirán fragmentos de casos clínicos reales.

2. Hacia una conceptualización de la “semiótica” y de los “signos”.

El vocablo “semiótica” proviene de la raíz griega “semeion” (signo) e “iotikos” (interpretación), es decir la “interpretación de los signos”. En este sentido, puede definirse

como la ciencia que estudia el funcionamiento de los sistemas de signos en todas sus formas y manifestaciones, tanto personales como sociales.

En una aproximación inicial es preceptivo decir que, cuando se habla de “signos”, la referencia es preferentemente los “signos lingüísticos” y cuando se alude a “signos no lingüísticos” (p. ej. señales de tráfico, escudos de armas, medallas militares,...) su captación no es posible sin la intervención del lenguaje. Esta va a ser la perspectiva que en lo sucesivo vamos a seguir y que casa a la perfección con la tradición europea de corte saussuriano (Saussure, 1990).

Lo que en principio queda excluido del signo (lingüístico) son aquellas relaciones que se establecen en los procesos naturales, como es el caso del humo que presupone la existencia de un fuego o la nube gris que presagia lluvia. En tales casos, es preferible usar el término de “índice”, ya utilizado por Peirce (1974) y después por Lacan (1977).

Eco (2000) ha puesto de manifiesto que un signo es todo aquello que puede sustituir significativamente a otra cosa, actuando como un símbolo del objeto al que representa (p. ej. para definir las características de un elefante, no tengo que presentar este animal a mi oyente, basta solo con aludirlo mediante palabras). De ahí, que el signo funcione como representación del objeto en el discurso y no como una simple sustitución, por eso forma la materia prima del pensamiento. Además, los signos están diseñados específicamente para la comunicación humana, de ahí las conexiones que pueden establecerse entre semiótica y comunicación.

Como ya se dijo, la semiótica europea fue fundada como disciplina científica por el suizo Ferdinand de Saussure quién, a principios del siglo pasado, se encargó de impartir unas clases sobre lingüística, en las que presentó grandes novedades teóricas. A su muerte, dos de sus discípulos pensaron que el material impartido por el maestro no podía perderse y

publicaron (en 1916) sus apuntes con el nombre de *Cours de linguistique générale* (1990). En este texto fundante se encuentran dos ideas geniales de gran interés para el médico:

1º) La naturaleza del “signo lingüístico”, que define como una entidad psíquica de dos caras:

- el “componente material” o “fónico”, al que llama “significante” y
- el “mental” o “concepto”, al que denomina “significado”.

Así, si hablamos de “mesa”, el hecho de pronunciar la palabra nos aporta el “significante”, mientras que el “significado” se asocia a “un tablero horizontal que se sostiene sobre una o varios pies y sirve para depositar objetos sobre ella” (Moliner, 1994)..

2º) La segunda idea se refiere a la intelección de la cultura como “sistema de signos”, como el mismo Saussure explica: “puede concebirse una ciencia que estudie la vida de los signos en el seno de la vida social” (Saussure, 1990). Por lo tanto, entiende que la semiótica trata de los sistemas de comunicación dentro de las sociedades y hace de esta una ciencia social, que incluye a los individuos y cómo éstos utilizan los códigos sgnicos.

Para Saussure significante y significado tienen el mismo estatuto, ambos constituyen lados iguales del signo, y en su fórmula coloca al significado por encima, pero Lacan la invierte, hablando de la “primacía del significante”. En este orden de cosas, el significado resulta ser un mero efecto del juego de los significantes (ver Figura 1). Aunque no existe una relación fija entre ambos elementos (significante y significado), Lacan reconoce la existencia a nivel de la subjetividad de lugares en los que ambos se atan entre sí y los llama “puntos de almohadillado” (*point de capiton*) en los que se crea la ilusión de un sentido estable (Lacan, 1992).

Que así sea, demuestra que cada persona mantiene una serie de “puntos de almohadillado” con los que construye signos lingüísticos propios e intransferibles con los que aporta

sentido a su realidad y dirige sus comportamientos. Se observa de esta manera que las personas no somos simples diccionarios, pues los signos lingüísticos creados no están tan prefijados como en aquellos. Lo expuesto puede demostrarse fácilmente en la consulta, tan pronto como tomemos cualquier significante que aluda a los aspectos más próximos al sujeto. Así, si pensamos en el significante “marido” puede comprobarse cómo cada mujer va a asignarle un significado particular (p. ej. “el que me mantiene”, “quién me da mucho cariño y amor”, “de quién yo dependo”, “ese que me pincha todos los días”, “de quién escapo a diario”, etc.). Evidentemente, la concepción que se tenga de “marido” comanda las ideas y dirige las acciones a la hora de elegir pareja, lo que puede demostrarse en la clínica con toda claridad. Veamos un ejemplo:

Ej. Una paciente de 43 años, entiende a su marido (significante) en términos de “protección” (significado) y así ha estado funcionando durante mucho tiempo, hasta que éste ha pasado a una situación de baja por accidente laboral, viviendo de la cuantía que tiene asignada por su situación y tomando una actitud pasiva. Dado que este hombre ya no es el “protector/proveedor” que ella precisa, ha entrado en crisis la pareja y ha decidido venir a consultar.

En su propia idiosincrasia, el sujeto atesora sus propios signos lingüísticos con los que construye su mundo, su realidad particular, que difiere de la que poseen los demás. Estos signos pueden modificarse a lo largo de un tratamiento psicoterapéutico ya que, en realidad, no existe una relación fija entre significante y significado; ello permite, por ejemplo, efectuar un cambio en la elección de objeto.

3. Análisis de la cultura como “sistema de signos”.

No resulta difícil darse cuenta de que existe una gran variedad de culturas en el mundo y que éstas se hallan regidas por convenciones, de manera que: a) lo que es válido en una no

lo es en otra, b) dichas convenciones tienen una estructura de lenguaje, ya que los preceptos que las rigen se transmiten oralmente (o por escrito) en forma de palabras y c) se define así un contexto en el que los actos de sus miembros tienen sentido o no, dependiendo de si se adecuan a los preceptos. Esto hace que los individuos se encuentren moldeados por los sistemas sociales en los que viven y que, para explicar los comportamientos de sus miembros, haya que conocerlos.

Estas premisas fueron demostradas por el antropólogo francés Lévi-Strauss (1985, 1997) quién, a finales de los años 50, resolvió un importante problema sobre la diversidad de las culturas. Concretamente, descubrió que a pesar de las diferencias existe un fenómeno de carácter universal y que, en consecuencia, todas las civilizaciones poseen: la “prohibición del incesto”. Esta tiene como función impedir las relaciones físicas entre parientes próximos y obligar a los miembros de un grupo a casarse fuera de él dando lugar a una serie de intercambios y sistemas de alianzas, que explican los particularismos de cada grupo humano. Para el gran antropólogo, este principio se establece como la condición de la sociedad misma y se constituye en el *primun movens* gracias al cuál, y sobre todo en el cuál, se cumple el pasaje de la “naturaleza” a la “cultura” (Lévi-Strauss, 1985).

Así, la “naturaleza”, propia del mundo animal, se desarrolla sin normas mientras que la “cultura”, inherente a la existencia humana, se construye sobre la base de una serie de reglas creadas por los propios hombres. Estas intentan disminuir el desorden, es decir la entropía, dentro de una comunidad, fenómeno que aparece reflejado con mayor claridad en el mundo animal (ver Figura 2).

Bajo el prisma de Saussure (1990) y Lévi-Strauss (1985) la estructura de un sistema social se basa en preceptos compartidos de orden “simbólico” y, en consecuencia, el sentido de cualquier acción humana puede parecer natural y que no requiera más explicaciones y, sin embargo, se basa en convenciones establecidas. Estas estructuras suelen ser inconscientes para los miembros del grupo, indicándose con ello que no suelen estar a la vista y la clave

para descubrirlas se encuentra en la semiótica, ya que el lenguaje y los sistemas culturales están contruidos sobre los mismos principios.

En esta línea, ha sido posible entender los hechos significativos de una sociedad humana (modas, danzas, costumbres, ritos, canciones, ceremonias, vestimenta, posturas, chistes, gestos, etc) como signos. De ahí que las necesidades y actos humanos, sean cuáles fueren, pasan por el sistema de “lo simbólico” que, siguiendo a Lacan (1977) se compone de “significantes”. Veamos algunos ejemplos que así lo demuestran:

- a) La comida. Cuando vamos a un restaurante se hacen una serie de elecciones de acuerdo con lo presentado en la carta, que da lugar a una secuencia (eje horizontal) y a una selección de platos (eje vertical). En la Figura 3 presentamos las elecciones suponiendo como ejemplo el menú de un restaurante chino, pero observemos que si la comida tuviera solo la finalidad saciar el hambre, daría igual el ordenamiento de los productos que se ingieren y las diferentes etapas. A un paciente esquizofrénico, visto por nosotros, le daba igual este orden establecido y tomaba primero un helado y un café, para después pasar a comer arroz con ternera.
- b) La aproximación seductora también tiene reglas, produciéndose una disposición análoga al caso anterior (ver Figura 4).
- c) Análogamente, la propia identidad se encuentra configurada a base de signos lingüísticos; Peirce decía que “el hombre es, él mismo, un signo”. Esto puede comprobarse fácilmente en cómo al “colocarle” un signo a alguien, ya no se ven otros aspectos de esa persona que lo expresado por medio del signo, reproduciéndose el fenómeno eternamente. Veamos un caso clínico:

Ej. R. es una mujer de 42 años, que padece una psicosis y a quién toda su familia tilda de “la que no sirve para nada”, llamándola “osito” (significante), nombre que acaba tachando al suyo propio. Ella asumió automáticamente esa identidad proveniente del exterior. A partir de la terapia que está realizando ha logrado estudiar Bellas Artes con gran éxito, realizando trabajos bastante buenos. Esto ha

provocado un choque y una sorpresa descomunales en su medio, acostumbrado a tratarla de acuerdo con el cartel que le impusieron.

Por consiguiente, la identidad propia es una construcción semiótica y no una realidad fija; de hecho cuando alguien es sometido a tratamiento psicoterapéutico cambian numerosas claves sígnicas, lo que le lleva a poder reinventarse a sí mismo. Si no estuviésemos hechos de signos, un cambio así sería imposible.

De lo expuesto, se sigue que todos los artefactos culturales se hallan organizados como un lenguaje (Lévi-Strauss, 1985) y la mayor parte de las personas viven su vida sin apenas darse cuenta de que se hallan inmersos en un proceso semiótico. Estas afirmaciones coinciden plenamente con Barthes (1971), quién sostiene que todas las expresiones construidas culturalmente (cocina, moda, literatura, espectáculo, teatro, cine, cash, etc) presuponen un sistema que funciona semióticamente.

4. Los signos como “diferencias”.

Saussure (1990) ya había especificado que los signos lingüísticos se encuentran configurados como “oposiciones” y entendía la lengua como un “sistema de diferencias” y Lévi-Strauss lo había aplicado a la cultura, contemplando en ésta un “binario” característico. (Lévi-Strauss, 1985, 1997). Esto puede comprobarse con gran claridad en distintas situaciones, como se ve en los siguientes ejemplos:

-En la puerta de los lavabos se hallan dos símbolos bien explícitos (caballeros/damas). Trátase de una separación significativa que evita el error ofensivo de meterse en la puerta equivocada y que se corresponde con lo que Lacan denomina “ley de la segregación urinaria”.

-Las geishas japonesas no son prostitutas, pero sí pueden diferenciarse de éstas al llevar colocado el lazo de sus obis (cinturón) en un lugar diferente. Mientras las geishas lo llevan detrás, las prostitutas lo tienen delante para poder desatarlo con facilidad. Esto provoca una oposición significativa delante/detrás”.

La clínica también es prolífica en manifestaciones relativas a las oposiciones, como puede observarse en los siguientes casos:

-Una paciente joven muestra una gran incomodidad en las relaciones sociales, achacándola constantemente a su “timidez”, significativa que le ha impuesto su familia desde siempre (“Esta niña es muy tímida”) y que ella asumió sin más. A lo largo del proceso terapéutico puede verse lo que le sucede realmente: considera que sus amigas son muy “clásicas”, mientras que ella es “moderna” y aquellas se refieren a temas que le aburren: bolsos, zapatos, ropa de marca, etc; esto la hace permanecer callada cuando está en una reunión y parecer tímida. Darse cuenta de esta oposición (antigua/moderna) la lleva a dejar de pensar que es “tímida” y a buscar nuevas amistades más afines a ella (“modernas”) y a solucionar buena parte del problema.

-Un paciente joven es criticado constantemente en su casa, hasta hacerse imposible la convivencia con el grupo familiar. Un estudio detenido de la situación muestra que él es “vago”, haga lo que haga, mientras que su hermano es el “trabajador”. Entender el “lugar significativo” en el que se halla coagulado, ha sido fundamental para experimentar un importante cambio subjetivo.

Por nuestra parte, hemos intentado entender estos fenómenos como un “binarismo subjetivo” y aplicarlo a distintas circunstancias que pueden detectarse habitualmente en la clínica (García, 2001a, 2001b, 2007).

5. Lo que queda fuera del proceso semiótico.

No todo es símbolo/simbolizable, algo queda siempre fuera; aquello que no puede ser englobado por la semiosis Lacan lo denominó “lo real” (Lacan, 1977). Este concepto difícil de entender, parte de los encuentros que este último autor tuvo con el filósofo y escritor Bataille, quién se ocupó de teorizar sobre aquello que se constituye en objeto de transgresión y que, obviamente, queda fuera de los preceptos y reglas compartidas; lo denominó “lo imposible” (2007a, 2007b).

De esta manera, “lo real” lacaniano-batailleano se conceptualiza como aquello que escapa al aparato normalizador de la sociedad, lo inasimilable o lo inaguantable, pero sobre todo tiene un efecto a nivel individual; veamos ambas posiciones:

-El sistema social define claramente lo “legítimo” frente a lo “excluido”, siendo ejemplos característicos de este segundo grupo: los criminales o los desviados y, antiguamente, los locos y los leprosos, relegados a extramuros de la ciudad.

Freud, en su libro de cabecera *El malestar en la cultura* (1981), muestra cómo la integración del ser humano en una sociedad y la asimilación de las reglas que ésta le impone, implica un esfuerzo que los animales no tienen que realizar y eso se produce a costa de quedar elementos no integrados y que pueden reaparecer de distintas maneras (p. ej. en forma de agresividad).

-Hemos dicho que “lo real” tiene más que nada un efecto en el plano individual, en cuyo caso se presenta como aquello que queda excluido del sistema de los signos lingüísticos, particularmente fuera del significante. Toman ese lugar externo a la simbolización los aspectos no integrados o rechazados en uno mismo (p. ej. los impulsos), las circunstancias traumáticas (p. ej. una muerte repentina), los fenómenos psicóticos (p. ej. las alucinaciones) o, incluso, los defectos físicos no incorporados cuya presencia se impone (p. ej. La joroba

en el rey Ricardo III). De esta manera, “lo real” se organiza como algo que no podemos alcanzar porque todo lo que nos llega está mediado por signos, más bien nos alcanza a nosotros y, cuando lo hace, aparece en forma de angustia; de ahí que Bataille hable de “la parte maldita” (2007b) y que podría asemejarse, con ciertas matizaciones, a la “sombra” en Jung (1999). Intentaremos aclarar algo de lo dicho con un caso:

Ej. Una paciente padece una escoliosis, que le produce una dificultad en la marcha apenas perceptible. Ella siempre ha tratado de olvidarse de este defecto hasta que empieza a salir con un chico que se da cuenta y se lo dice de una forma un tanto brusca: “¡Oye, tú tienes un problema al andar y se te ve!”. Ella responde angustiada, no queriendo quedar más con él, retrayéndose en su casa y rechazando ir a clase. Es este el momento en que su madre solicita ayuda profesional para ella.

6. Relaciones entre semiótica y medicina.

En la antigüedad el vocablo “semiótica” fue usado para designar la parte de la medicina que se ocupaba de interpretar los signos de las enfermedades, que abarcaba tanto la diagnosis como la prognosis. Del mismo modo, para los estoicos el signo por excelencia era el síntoma médico (p. ej. el rostro encendido lleva a pensar en la fiebre).

En el discurso que aquí seguimos el síntoma físico, del que se ocupa el médico, es un “índice” o “signo natural”, dado que pertenece al mundo de la naturaleza. Recordemos que, para Peirce (1974), un “índice” consiste en la correspondencia fija que se establece entre una condición física determinada y un objeto, transmitiendo una información sobre los fenómenos naturales.

Estas apreciaciones casan con la idea que tenemos del síntoma como fenómeno propio del organismo, que no se produce bajo la acción de la mano del hombre. Su reconocimiento

depende del estado de la ciencia médica en un momento determinado y el médico lo que hace es constatar ese hecho clínico. En tal caso, el “índice” recorre el camino que va desde la manifestación sintomática hasta la enfermedad (p. ej. las manchas rojas en un niño conducen al sarampión).

Una cualidad del índice es su fijeza y permanencia, pues uno de los sucesos de manera necesaria, lo que permite su conceptualización. De ahí la universalidad de las manifestaciones sintomáticas y, en consecuencia, que se pueda alcanzar un diagnóstico semejante en cualquier lugar del mundo. Además, la fijeza permite también la previsibilidad, quiere decir saber cuál va a ser el curso de la enfermedad y el pronóstico; esto no sucede con los signos lingüísticos ya que, siguiendo a Saussure (1990), tienen la característica de ser convencionales.

Seguidamente tenemos que pensar que los síntomas físicos, aunque sean “índices” peirceanos, también pueden ser asumidos por el sistema de signos lingüísticos, pero esta apropiación se hace de manera diferente según consideremos al paciente o al médico. Trátase de dos sistemas semióticos distintos, pero que tienen la necesidad de ponerse en contacto y de comunicarse. Veamos ahora estas dos perspectivas:

1º) Para el paciente se trata de la manifestación de “lo real” del cuerpo que escapa a las palabras, de ahí su naturaleza angustiosa y/o desestabilizante. En efecto, el síntoma (sobre todo si tiene cierta envergadura) se experimenta como algo salvaje, autónomo y que produce la sensación de descontrol (aumento de la entropía). De ahí que provoque una importante alteración en la vida psíquica de quién lo sufre.

El enfermo procura la inclusión del síntoma en el sistema de signos, pero este fenómeno tiene más que ver con el significado que con el significante. Aunque lo nombra, generalmente con términos propios de la subcultura a la que pertenece (p. ej. “golondrino”, “grano”, “bulto”, “calentura”, ...), sobre todo le aporta significados, que son los que

matizan realmente la vivencia de enfermedad. En este sentido, aparecen las interpretaciones que se hallan asociadas a las creencias o mitos particulares de su grupo (comunidad, familia, etc.); son dignas de destacar las siguientes atribuciones mágicas a la enfermedad: “castigo de Dios”, “prueba divina”, “resultado de un mal de ojo”, “castigo por los pecados cometidos”, “consecuencia de un acto malo contra alguien”, ... (ver Figura 5).

Incluso, es posible identificar algunas palabras del argot médico actual como procedentes de creencias mágicas, como es el caso de “influenza”, cuyo origen se encuentra en la “influencia” de la posición de los astros sobre la enfermedad.

2º) El médico procura también simbolizar ese “real” que tiene delante, pero lo hace desde el significante. De esta forma, el saber médico se organiza como un conjunto de signos que muestran, cuando se aprenden en los estudios de Medicina, una relación fija entre significante y significado, ésto es, se hallan ligados de modo firme, si bien luego se pone en juego una interacción entre esos significantes formando una organización dinámica, tal como vamos a ver.

El saber médico va desde el síntoma como suceso natural, hasta su conversión en signo, gracias a la llamada “semiología médica”, pilar fundamental de la medicina clínica, que se ocupa de la identificación de las distintas manifestaciones de la enfermedad, de cómo buscarlas e inteligirlas. Bien usada, capacita al médico no solo para llegar al diagnóstico, sino también para tener una apreciación diagnóstica y plantear las líneas generales del tratamiento. Hablamos de un conjunto articulado de significantes que alcanzan una coherencia interna y funcionan como un “sistema” en el sentido saussuriano (Saussure, 1990) que lleva parejo imponer un orden en el caos producido por la enfermedad y su cuidado. Dicho de otra forma: la medicina tiene una sintaxis propia, compuesta por un conjunto de nombres que poseen entre sí una coherencia lógica y que nos permite a los médicos comunicarnos entre nosotros, como si fuera un idioma aprendido *de novo* (ver Figura 6).

Pero ¿quién garantiza la autenticidad de las conexiones que se realizan en el marco de la semiología médica? Evidentemente, es la comunidad científica y no el propio médico la que construye ese saber, que forma el conjunto de signos lingüísticos que el médico utiliza. Creer por parte de este último que es el portador por sí solo de ese saber, sin considerar su origen, puede entenderse como una actitud omnipotente.

Gracias a esta organización estructural es posible la comunicación entre distintos profesionales de la medicina, aunque pertenezcan a diferentes culturas; quiere decir que los signos producidos por el médico-emisor son idénticos a los que posee el médico-receptor y siendo así, el mensaje recibido por este último posee la menor ambigüedad posible. Podemos afirmar que la comunicación es efectiva cuando coinciden al mismo tiempo la representación del objeto en el emisor y en el receptor.

A partir de ahí se produce una secuencia (eje horizontal) que comienza con la recogida sintomática, continúa con la petición de pruebas, la confirmación diagnóstica y desemboca en un tratamiento. Véase como el médico, en su quehacer diario, tiene que seleccionar (eje vertical) en esta secuencia distintos significantes, los más adecuados para que el proceso funcione (ver Figura 7).

Lo expuesto nos empuja a pensar que el médico no debe interpretar el síntoma físico, dado que entonces caería del lado del paciente, siendo la actitud correcta quedarse en cierta “neutralidad” benevolente o de acogida, sin hacer apreciaciones sobre el mismo. De esta manera, pueden evitarse numerosos problemas (p. ej. realizar juicios de valor o prescribir tratamientos no fundamentados) o promocionar actitudes sin una base demostrada (p. ej. afirmar que no se debe llorar porque entonces se es débil). En cierta forma, el médico debe tener en cuenta el medio social al que pertenece, pero debe intentar escapar del mismo para así evitar esas intervenciones más propias “de la calle” que de la consulta médica. Si así lo hace puede evitar hacer frases que no sirven de mucho al paciente y, además, le hacen

sentirse incomprendido (p. ej. “no se preocupe que esto va a pasar”, “el año que viene será un recuerdo”, “seguro que de esta va a salir”,...); la función de cualquiera de ellas es, más bien, tranquilizarse el propio médico creyendo que ha hecho “algo” por el paciente. A veces lo difícil es no hacer nada, pero puede ser lo correcto.

7. Discusión y conclusiones.

La semiótica ha mostrado una vocación interdisciplinar desde sus comienzos, pues no solo ha recibido influencias de la filosofía del lenguaje o de la lógica, sino que ella misma ha influido sobre numerosos campos del saber (sociología, psicología, literatura, antropología, psicoanálisis, lingüística, etc). La medicina, en este sentido, no puede ser menos y la semiótica como tal ha despertado nuestro interés, pudiendo convertirse en una estrategia para aprehender la actividad habitual del médico; en eso ha consistido precisamente la investigación que aquí hemos desarrollado.

La semiótica, en su acepción más amplia, se ocupa del estudio de los problemas generales de los signos (naturaleza, producción, interpretación, etc) y, en la línea saussuriana, se convierte en el estudio de los signos en la sociedad (Saussure, 1990)). La idea general de signo puede ser: “algo que se encuentra para alguien en el lugar de algo” (Carontini, Peraya, 1979). Pero, no nos confundamos, pues quedan excluidos del espectro sógnico (lingüístico) aquellas relaciones que se dan en los hechos de la naturaleza y que poseen la característica de ser constantes, fijos y universales.

En cambio, los signos lingüísticos no muestran estas características ya que son convencionales, al ser creaciones humanas y asociarse a un lugar concreto, presentando una gran variabilidad dependiendo del grupo del que se trate. En este contexto, Lévi-Strauss (1985, 1997) tiene el mérito de establecer una distinción clara entre “naturaleza” y “cultura”, entendiendo la segunda como el conjunto de la información adquirida (no

hereditaria), preservada y transmitida por los distintos grupos humanos, que comprende elementos diversos, como: conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, literatura, moda, normas de cortesía, arquitectura, danza, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el hombre en cuanto miembro de una sociedad. Debido a su amplio espectro, los estudios semióticos han anidado con éxito en cada uno de estos territorios (Barthes, 1971, 1993). Piaget dejó escrito que “en todos los dominios del comportamiento humano intervienen los sistemas de significación” (Piaget, 1973).

La necesaria inclusión del ser humano en una cultura específica hace que cualquiera de sus necesidades, afectos, emociones, deseos, etc, sean matizados por los signos que se ponen en juego, dando la impresión de que aquellos pertenecen al orden natural. Esto se debe a que el hombre, bajo las directrices culturales, sufre una “amnesia” característica que le hace borrar de su mente el poder tan extraordinario que tienen los símbolos sobre él, al tiempo que le induce a creer que todos sus actos son naturales. Se produce, entonces, un discurso social repetido innumerables veces que termina convenciendo de la naturalidad de los comportamientos; de hecho, tenemos que entender las actuales tesis neodarwinistas como presas de este señuelo. La semiótica ha encontrado ahí un lugar para denunciar tales errores.

Estas claves pueden ser asumidas exitosamente por la medicina y así la enfermedad, que pertenece al dominio de la naturaleza, no puede ser asumida primariamente por el sistema de signos, Quiere decir que no pertenece a la cultura inicialmente, de ahí que las manifestaciones sintomáticas escapen a los particularismos de los diferentes grupos y se expresen de igual modo en distintos lugares y las pruebas diagnósticas sean idénticas donde la medicina se ha desarrollado bajo el ala protectora de la ciencia. Además, esto conlleva que la enfermedad se viva amenazadoramente, como algo que nos hace perder el dominio sobre nuestro cuerpo (“lo real”).

Ahora bien, la enfermedad puede semiotizarse secundariamente y así se producen diferentes lecturas sobre el síntoma dependiendo de las coordenadas histórico-sociales que consideremos. Del mismo modo, las formas de apropiación que manifiestan médico y paciente son completamente distintas, debido a que son dos sistemas simbólicos que funcionan de manera diferente, aunque obligados a comunicarse y a entenderse, lo cuál muchas veces supone un gran esfuerzo.

Por su parte, el paciente inscrito en un grupo social concreto, con una historia y unos valores determinados, va a realizar una apropiación del síntoma desde estas coordenadas, viéndose conducido a insertar la enfermedad en los mitos y a caer presa de ellos; hemos hallado aquí el dominio de la interpretación y del “significado”. La concepción mágica, en estos casos, nunca está ausente a pesar de los cambios culturales; ello explica cómo una de nuestras pacientes con dos licenciaturas universitarias creía que curaría de las metástasis que sufría si tocaba periódicamente la tumba de una santa local. La evolución histórico-social y técnica de una comunidad no implica que los radicales mágicos desaparezcan. Curiosamente, magia y razón conviven mutuamente en el intelecto humano, lo cual contradice de raíz todo lo que se nos ha enseñado sobre la Historia del Pensamiento: que *logos* sustituyó a *mithos*; la clínica así lo atestigua.

-El esfuerzo del médico, en cambio, va por otro lado y, para entenderlo, tenemos que pensar que no puede caer en la “fascinación por el significado”, como le sucede al paciente. Para evitar ese grave peligro ha sido creada la “semiología médica”, en tanto cuerpo de signos (significantes) que forman un sistema, articulado y coherente, una verdadera sintaxis en el sentido de Morris (1958, 1962). El médico, por lo tanto, no debe apartarse de la sintaxis que supone la semiología médica, que consiste, siguiendo a Eco (1994) en la interpretación de secuencias de signos y sus posibles combinatorias de acuerdo con un código propio.

Véase, además, que desde los procesos semióticos se muestran dos ejes: uno de “secuencia” y otro de “selección” y que básicamente hacen equivalente “comer en un restaurante chino” con realizar un “acto médico”, no importando el contenido. Ciertamente ésto es así, porque en realidad hablamos de dos procesos de carácter mental, que fueron individualizados por Jakobson y que forman parte respectivamente de los ejes “sintagmático” y “paradigmático” (Jakobson,1985). Trátase de dos formas de funcionamiento característicos de todos aquellos seres integrados en un proceso semiótico. Las diferencias, por consiguiente, entre la actividad médica y la que pudiera corresponderse con otro tipo de conductas estriba en los significantes concretos que se despliegan, pero la estructura es idéntica. Este punto queda confirmado por Pineda (2010), cuando especifica que: “las prácticas discursivas no solo son funciones de enunciación por parte de los discursos científicos, sino formas de alteración y ordenamiento de las prácticas de la vida cotidiana.

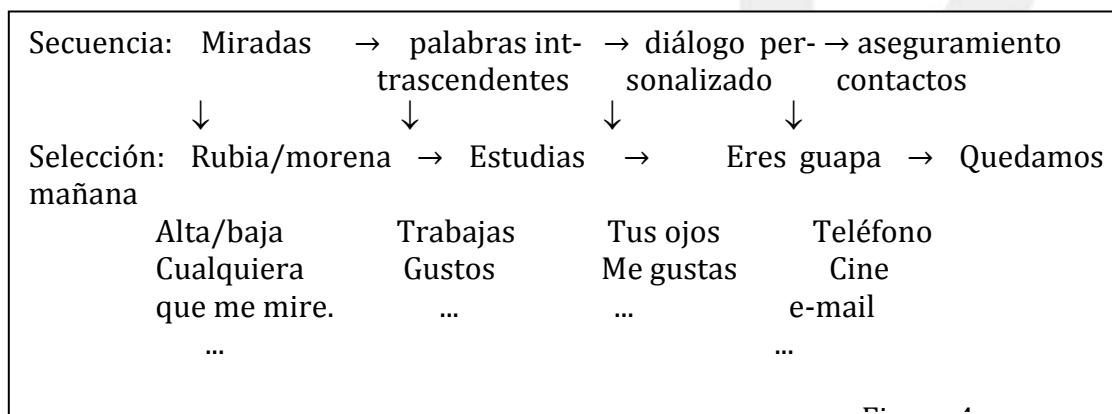
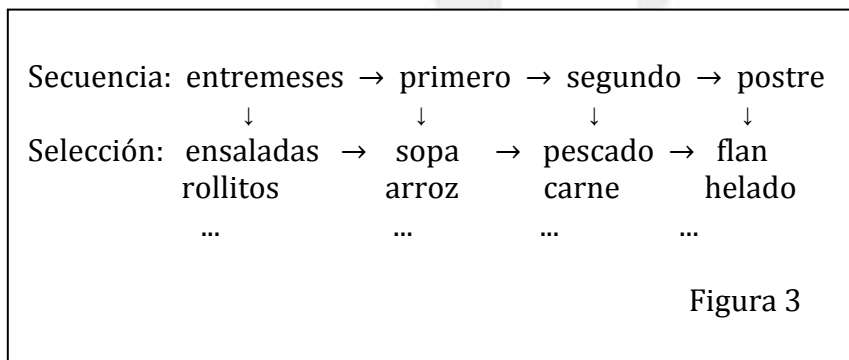
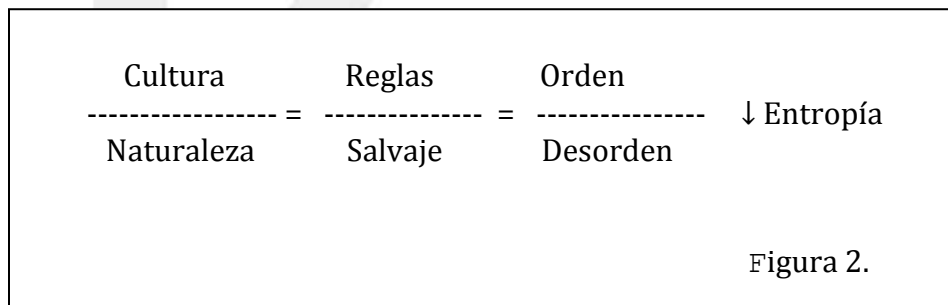
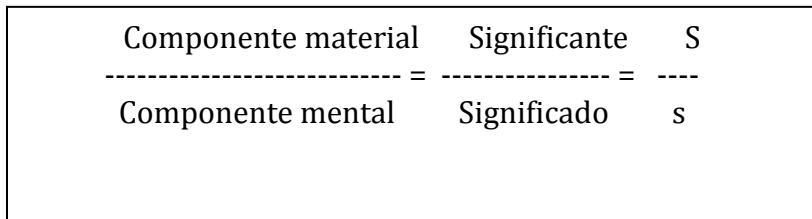
Resta decir que la medicina, como cualquier actividad humana inmersa en el medio social, no puede escapar a los procesos simbólicos inherentes a la cultura creada por el hombre y que configuran el pensamiento. Estas premisas poseen hoy en día una gran potencia, sobre todo si consideramos la medicina socializada actual, en la que tiene una gran importancia la comunicación entre profesionales y evitar el aislamiento del médico en su consulta, creyendo poseer un saber cuasi hermético. Además, se cumple en cualquier territorio del saber aquello que dijo Hobbes en su famoso Leviathan: “el más experimentado es aquel que posea más signos”.

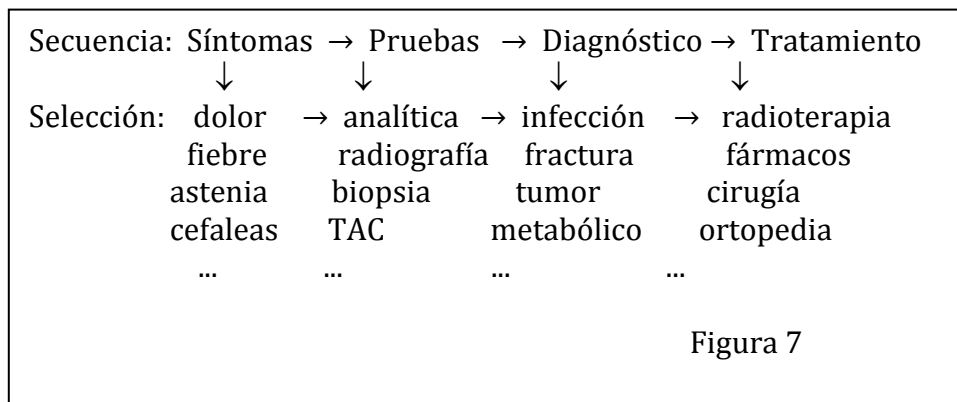
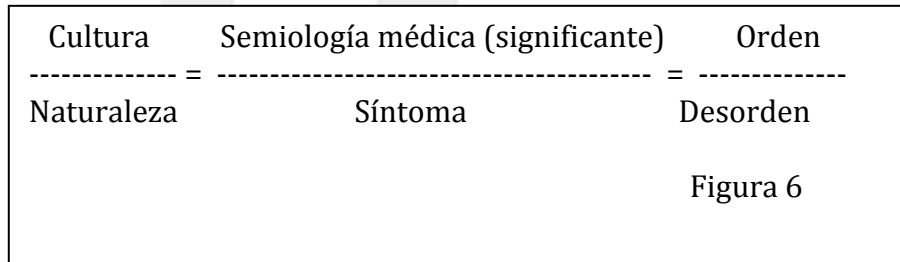
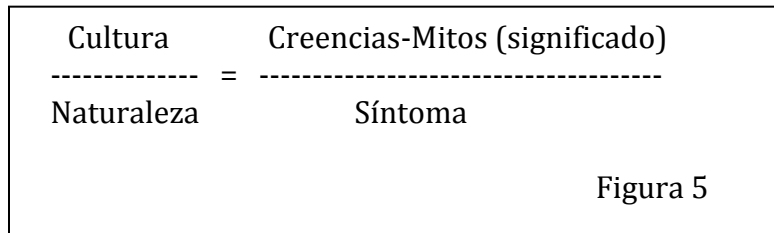
Referencias bibliográficas.

- Barthes, R. (1971). Elementos de semiología. Madrid: Alberto Corazon.
- Barthes, R. (1993). La aventura semiológica. Barcelona: Paidós.
- Bataille, G. (2007a). Lo imposible. Mexico: Fontamara.
- Bataille, G. (2007b). La parte maldita. Buenos Aires: las Cuarenta.
- Carontini, E., Peraya, D. (1979). Elementos de semiótica general. El proyecto semiótico. Barcelona: Gustavo Gili.
- Eco, U. (1994). Signo. Barcelona: Labor.
- Eco, U. (2000). Tratado de semiótica general (5ª ed). Barcelona:Lumen.
- Ferrater Mora, J. (1988). Diccionario de filosofía (vol. 4). Madrid: Alianza.
- Freud, S. (1981). El malestar en la cultura. En “Obras Completas”, vol. 3. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García Arroyo, JM. (2001a). Lo cuantitativo y lo cualitativo en psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Primera parte). Anales de Psiquiatría; 17 (7): 319-24.
- García Arroyo, JM (2001a). Lo cuantitativo y lo cualitativo en psicopatología: una aproximación desde la subjetividad (Segunda parte). Anales de Psiquiatría; 17 (7):325-32.
- García Arroyo, JM. (2001b). El “binarismo subjetivo”: sus determinantes y sus implicaciones sobre el “autoconcepto” y la “autoestima”. Anales de Psiquiatría; 20 (6):252-61.
- García Arroyo, JM. (2007). ¿Es posible cuantificar la subjetividad? Interpsiquis (Psiquiatría.com), 2007.
- Jakobson, R. (1985). Ensayos de lingüística general. Barcelona: Planeta.
- Jung, CG. (1999). Obras completas. Madrid: Trotta.
- Kristeva, J. (1982). Semiótica (2 vols.). Madrid: Fundamentos.
- Kristeva, J. (1987). El lenguaje ese desconocido: introducción a la lingüística. Madrid: Fundamentos.

- Lacan, J. (1977). Escritos. Madrid: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1986). El Yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica (Seminario 2). Barcelona: Paidós,
- Lacan, J. (1992). Las psicosis (Seminario 3). Barcelona: Paidós.
- Lévi-Strauss, C. (1985). Las estructuras elementales del parentesco (2 vols.). Barcelona: Planeta-Agostini.
- Lévi-Strauss, C. (1997). Antropología estructural. México: Siglo XXI, 1997.
- Moliner, M. (1994). Diccionario del uso del español. Madrid: Gredos.
- Morris, C. (1958). Fundamentos de la teoría de los signos. Mexico: Universidad Autónoma.
- Morris, C. (1962). Signos, lenguaje y conducta. Buenos Aires: Losada.
- Paris, D. (2003). Julia Kristeva y la gramática de la subjetividad. Campo de Ideas.
- Peirce, CS. (1974). La ciencia de la semiótica. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Peirce, CS. (2007). La lógica considerada como semiótica. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Piaget, J. (1973). Problemas generales de la investigación interdisciplinaria. En Piaget et al. Tendencias de la investigación en ciencias sociales. Madrid: Alianza.
- Pineda, AF. (2010). Saber y poder o la mirada que conoce. Escritos 18(41): 264-81.
- Saussure, F. (1990). Curso de lingüística general. Madrid: Alianza.

ANEXOS





¹ Doctor en Medicina. Especialista en Psiquiatra. Profesor Asociado del Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Profesor de “Comunicación Asistencial” del Grado en Medicina. Facultativo Especialista de Área del Hospital “Virgen del Rocío”. Sevilla.