

SEVEN

EDITORIA
2026

Neologismos en Medicina:

impacto en la comunicación y en la práctica clínica

*Un enfoque crítico y aplicado desde la
comunicación médico-paciente*



Martha Verónica Placencia Ibadango,
Silvia Maribel Placencia Ibadango e
Ramón Miguel Vargas Vera

EDITORIA CHEFE

Prof^o Me. Isabele de Souza Carvalho

EDITOR EXECUTIVO

Nathan Albano Valente

AUTORES DO LIVRO

Martha Verónica Placencia Ibadango

Silvia Maribel Placencia Ibadango

Ramón Miguel Vargas Vera

2026 by Seven Editora

Copyright © Seven Editora

Copyright do Texto © 2026 Os Autores

Copyright da Edição © 2026 Seven Editora

PRODUÇÃO EDITORIAL

Seven Publicações Ltda

EDIÇÃO DE ARTE

Evellyn Thais de Souza

EDIÇÃO DE TEXTO

Stephanie Caroline Meyer de Quadros

BIBLIOTECÁRIA

Bruna Heller

IMAGENS DE CAPA

Evellyn Thais de Souza

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Seven Publicações Ltda. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Seven Publicações Ltda é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação.

Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.



O conteúdo deste Livro foi enviado pelos autores para publicação de acesso aberto, sob os termos e condições da Licença de Atribuição Creative Commons 4.0 Internacional

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

I12n Ibadango, Martha Verónica Placencia.
Neologismos en Medicina [recurso eletrônico] :
Impacto en la Comunicación y en la Práctica Clínica – Un
Enfoque Crítico y Aplicado desde la Comunicación Médico-
Paciente / Martha Verónica Placencia Ibadango, Silvia Maribel
Placencia Ibadango, Ramón Miguel Vargas Vera. – São José
dos Pinhais, PR: Editora Seven, 2026.
Dados eletrônicos (1 PDF).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6109-378-1

1. Medicina. 2. Neologismos. 3. Comunicação.
I. Ibadango, Silvia Maribel Placencia. II. Vera, Ramón Miguel
Vargas. III. Título.

CDU 61

Bruna Heller - Bibliotecária - CRB10/2348

Índices para catálogo sistemático:

1 Medicina 61

DOI: 10.56238/livrosindi202673-001

Seven Publications Company
CNPJ: 43.789.355/0001-14
editora@sevenevents.com.br
São José dos Pinhais/PR

PRÓLOGO

En un contexto en el que la medicina avanza a un ritmo vertiginoso, impulsada por el desarrollo tecnológico y la expansión del conocimiento científico, la comunicación clínica continúa siendo uno de los pilares fundamentales —y, paradójicamente, uno de los más desafiantes— de la práctica médica. Este libro se inserta de manera oportuna y necesaria en ese espacio crítico donde el lenguaje no solo transmite información, sino que configura la experiencia del paciente, define relaciones de poder y condiciona los resultados en salud.

La obra de la Dra. Martha Verónica Placencia Ibadango propone una mirada profunda y rigurosa sobre el lenguaje médico, centrándose particularmente en el papel de los neologismos en la comunicación médico-paciente. A través de un enfoque interdisciplinario que integra la lingüística aplicada, el análisis del discurso y la práctica clínica, el autor logra trascender la visión tradicional del lenguaje como herramienta neutra, para situarlo como un elemento central en la construcción del acto médico.

Uno de los principales méritos de este trabajo radica en su capacidad para articular teoría y práctica. Lejos de limitarse a una reflexión abstracta, el libro se sustenta en un análisis empírico desarrollado en hospitales del sistema público ecuatoriano, lo que le confiere una relevancia particular en contextos de diversidad sociocultural y desigualdad en el acceso al conocimiento. Esta dimensión situada permite comprender cómo el uso de lenguaje especializado, y en particular de neologismos, puede constituir tanto un recurso de precisión científica como una barrera comunicativa.

La obra no solo identifica problemáticas, sino que propone soluciones. El modelo de comunicación clínica mediadora desarrollado por el autor representa un aporte original y de gran valor, al ofrecer un marco conceptual y operativo para integrar la precisión técnica con la accesibilidad del lenguaje. Asimismo, la inclusión de un glosario crítico de neologismos constituye una herramienta innovadora que facilita la aplicación práctica de los principios desarrollados a lo largo del libro.

Desde una perspectiva ética, este trabajo invita a repensar la responsabilidad del profesional de la salud en el uso del lenguaje. La claridad comunicativa se presenta no solo como una habilidad deseable, sino como una condición esencial para garantizar el derecho del paciente a la información y a la toma de decisiones informadas.

En un momento en el que la humanización de la medicina se ha convertido en una prioridad global, esta obra aporta una contribución significativa al destacar que dicha humanización comienza, en gran medida, por el lenguaje. Comunicar con claridad, empatía y responsabilidad no es un acto accesorio, sino el núcleo mismo de una práctica médica centrada en el paciente.

Este libro está llamado a convertirse en una referencia tanto para profesionales de la salud como para académicos interesados en la comunicación clínica. Su enfoque innovador, su rigor analítico y su aplicabilidad práctica lo posicionan como una obra relevante en el campo de la medicina contemporánea.

RESUMEN

La comunicación médico-paciente constituye un componente esencial de la práctica clínica, cuya calidad influye directamente en la comprensión del paciente, la adherencia terapéutica y los resultados en salud. En este contexto, el presente estudio analiza el uso de neologismos en el discurso médico como un factor determinante en la dinámica comunicativa, con especial énfasis en su impacto en la interacción clínica. La investigación se desarrolla desde un enfoque cualitativo e interpretativo, basado en el análisis del discurso de interacciones clínicas en hospitales del sistema público de salud en el Ecuador. A partir de la construcción de un corpus lingüístico, se identifican, clasifican y analizan neologismos utilizados por profesionales de la salud, examinando sus funciones comunicativas, su frecuencia de uso y su influencia en la comprensión del paciente. Los resultados evidencian una alta presencia de neologismos en la comunicación médico-paciente, así como una variabilidad en las estrategias discursivas asociadas a su uso. Mientras que en algunos casos se observa mediación lingüística mediante reformulación y analogía, en otros predomina el uso directo de términos especializados sin explicación, generando opacidad comunicativa. El estudio concluye que los neologismos, si bien cumplen una función clave en la precisión técnica del discurso médico, pueden constituir barreras comunicativas cuando no son adecuadamente mediados. En este sentido, se propone un modelo de comunicación clínica mediadora, orientado a integrar el lenguaje especializado con estrategias de accesibilidad, favoreciendo una atención más equitativa y centrada en el paciente. Asimismo, se introduce un glosario crítico de neologismos como herramienta aplicada para mejorar la comunicación clínica. Los hallazgos subrayan la necesidad de incorporar la competencia comunicativa como un eje central en la formación médica, reconociendo que la claridad del lenguaje es un componente fundamental del cuidado en salud.

ABSTRACT

Effective doctor-patient communication is a fundamental component of clinical practice, directly influencing patient understanding, treatment adherence, and health outcomes. In this context, the present study examines the use of neologisms in medical discourse as a key factor shaping communicative dynamics, with particular emphasis on their impact on clinical interaction. This research adopts a qualitative and interpretive approach based on discourse analysis of clinical interactions in public healthcare hospitals in Ecuador. Through the construction of a linguistic corpus, medical neologisms are identified, classified, and analyzed, focusing on their communicative functions, frequency of use, and effects on patient comprehension. The findings reveal a high prevalence of neologisms in doctor-patient communication, along with variability in the discursive strategies accompanying their use. While some instances demonstrate effective linguistic mediation through reformulation and analogy, others involve the direct use of specialized terms without explanation, leading to communicative opacity. The study concludes that although neologisms play a crucial role in ensuring technical precision in medical discourse, they may act as communication barriers when not properly mediated. In response, a model of mediated clinical communication is proposed, aimed at integrating specialized language with accessibility strategies to promote more equitable, patient-centered care. Additionally, a critical glossary of medical neologisms is introduced as an applied tool to enhance clinical communication. The findings highlight the need to incorporate communicative competence as a core component of medical education, recognizing that linguistic clarity is essential to effective healthcare delivery.

SUMÁRIO

PARTE I: FUNDAMENTOS DEL LENGUAJE MÉDICO

CAPÍTULO 1.....	7
-----------------	---

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 2.....	10
-----------------	----

EL LENGUAJE MÉDICO COMO SISTEMA DE COMUNICACIÓN ESPECIALIZADO (CON CITAS)

CAPÍTULO 3.....	14
-----------------	----

NEOLOGISMOS EN LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA: DINÁMICA, FUNCIÓN Y DESAFÍOS COMUNICATIVOS (CON CITAS)

PARTE II: MARCO SOCIOLINGÜÍSTICO Y CONTEXTO ECUATORIANO

CAPÍTULO 4.....	19
-----------------	----

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONTEXTO ECUATORIANO: DESAFÍOS, ASIMETRÍAS Y PRÁCTICAS DISCURSIVAS

CAPÍTULO 5.....	24
-----------------	----

NEOLOGISMOS Y DESIGUALDAD COMUNICATIVA: LENGUAJE, PODER Y EXCLUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

PARTE III: ANÁLISIS DEL CORPUS MÉDICO

CAPÍTULO 6.....	28
-----------------	----

DISEÑO METODOLÓGICO: APROXIMACIÓN DISCURSIVA AL LENGUAJE MÉDICO (CON CITAS)

CAPÍTULO 7.....	32
-----------------	----

ANÁLISIS DE NEOLOGISMOS EN EL DISCURSO MÉDICO: RESULTADOS E INTERPRETACIÓN (CON CITAS)

CAPÍTULO 8.....	36
-----------------	----

INTERPRETACIÓN DISCURSIVA DEL LENGUAJE MÉDICO: ENTRE LA PRECISIÓN CIENTÍFICA Y LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA

PARTE IV: IMPLICACIONES Y PROPUESTAS

CAPÍTULO 9.....	41
IMPACTO CLÍNICO DEL LENGUAJE MÉDICO: CONSECUENCIAS EN LA COMPRENSIÓN, ADHERENCIA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN (CON CITAS)	
CAPÍTULO 10.....	45
HACIA UN MODELO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA MEDIADORA: PROPUESTA PARA UNA PRÁCTICA MÉDICA MÁS ACCESIBLE Y EQUITATIVA	
CAPÍTULO 11.....	50
GLOSARIO CRÍTICO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS: HACIA UNA COMUNICACIÓN CLÍNICA ACCESIBLE	
CAPÍTULO 12.....	54
ASPECTOS ÉTICOS DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA Y EL USO DE NEOLOGISMOS	
CONCLUSIONES GENERALES.....	58
GLOSSÁRIO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS.....	60
REFERENCIAS.....	73

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La comunicación constituye uno de los pilares fundamentales de la práctica médica, no solo como medio de transmisión de información clínica, sino como un proceso complejo en el que se construyen significados, se negocian decisiones y se establecen vínculos de confianza entre el profesional de la salud y el paciente. En este escenario, el lenguaje no se limita a cumplir una función instrumental, sino que adquiere una dimensión social, cultural y simbólica que incide directamente en la calidad de la atención y en los resultados terapéuticos (2,3)..

En el ámbito clínico, el lenguaje médico se configura como una variedad especializada, caracterizada por su precisión terminológica, su densidad conceptual y su constante evolución. Esta evolución se manifiesta, entre otros aspectos, en la incorporación de neologismos que surgen como respuesta al avance científico, al desarrollo tecnológico y a la globalización del conocimiento biomédico. Tales formas léxicas, que incluyen acrónimos, compuestos y tecnicismos emergentes, permiten a los profesionales de la salud optimizar la comunicación entre pares; sin embargo, cuando son trasladadas sin mediación al espacio de interacción con el paciente, pueden convertirse en elementos de opacidad que dificultan la comprensión del mensaje clínico (8,10)..

En contextos como el ecuatoriano, donde los sistemas de salud pública atienden a poblaciones heterogéneas con distintos niveles de alfabetización en salud, el uso de este tipo de lenguaje especializado adquiere una relevancia particular. La distancia entre el código lingüístico del médico y el del paciente puede generar asimetrías comunicativas que afectan la interpretación del diagnóstico, la comprensión del tratamiento y la toma de decisiones informadas. En consecuencia, el lenguaje médico, lejos de ser un instrumento neutro, se constituye en un espacio donde se articulan relaciones de poder, saber y acceso al conocimiento.

Desde una perspectiva lingüística y discursiva, el estudio de los neologismos en la comunicación médico-paciente permite visibilizar estas tensiones y comprender cómo se construyen y se negocian los significados en la práctica clínica. (13,14). En particular, los procesos de formación léxica —como la composición, la derivación y la acronimia— no solo reflejan la creatividad del sistema lingüístico, sino también las necesidades comunicativas de una comunidad profesional que busca condensar y transmitir

información de manera eficiente. No obstante, esta economía expresiva puede entrar en conflicto con la necesidad de claridad y accesibilidad en la interacción con el paciente.

El presente libro se sitúa en la intersección entre la lingüística aplicada, la sociolingüística y los estudios del discurso, con el propósito de analizar el uso de neologismos en la comunicación médico-paciente en hospitales del sistema público de salud del Ecuador. A partir de un enfoque cualitativo

basado en el análisis del discurso y en la construcción de un corpus lingüístico, se examinan las formas léxicas emergentes utilizadas por los profesionales de la salud, su frecuencia, su función comunicativa y su impacto en la comprensión del paciente (15,16)..

Más allá de una descripción formal del léxico médico, esta obra propone una lectura crítica del lenguaje clínico como práctica social. Se parte de la premisa de que toda elección lingüística implica una toma de posición frente al interlocutor y frente al contexto comunicativo. En este sentido, el uso de neologismos puede operar tanto como un recurso de precisión técnica como un mecanismo de exclusión simbólica, dependiendo de las estrategias discursivas que acompañen su uso.

Uno de los aportes centrales de este estudio radica en la identificación de un fenómeno poco explorado en el contexto ecuatoriano: la coexistencia de dos registros lingüísticos dentro de la práctica médica. Por un lado, un lenguaje técnico altamente especializado, orientado a la comunicación entre profesionales; por otro, la necesidad de un lenguaje mediador, capaz de traducir ese conocimiento a formas comprensibles para el paciente sin perder rigor científico. Esta tensión entre especialización y accesibilidad constituye uno de los ejes problemáticos que atraviesan la obra.(Fig. 1)

Asimismo, el libro pone de relieve la importancia de la competencia comunicativa del médico como una dimensión esencial de la práctica clínica. No se trata únicamente de dominar el conocimiento científico, sino de ser capaz de adaptarlo discursivamente al contexto, al interlocutor y a la situación comunicativa. En este sentido, la claridad del lenguaje se convierte en un componente ético de la atención en salud, en tanto garantiza el derecho del paciente a comprender la información que recibe y a participar activamente en las decisiones que afectan su bienestar.

El análisis desarrollado a lo largo de los capítulos busca, por tanto, no solo describir el fenómeno de los neologismos en el discurso médico, sino también reflexionar sobre sus implicaciones prácticas y proponer estrategias orientadas a mejorar la comunicación clínica. Entre estas, se destaca la necesidad de promover un lenguaje más accesible,

inclusivo y culturalmente pertinente, que contribuya a reducir las brechas comunicativas y a fortalecer la relación médico-paciente (20,22)..

En definitiva, esta obra aspira a contribuir a una comprensión más amplia del lenguaje médico como herramienta de interacción social, reconociendo su potencial tanto para facilitar como para obstaculizar la comunicación en el ámbito de la salud. Desde esta perspectiva, el estudio de los neologismos se convierte en una vía privilegiada para analizar las transformaciones del discurso clínico contemporáneo y para plantear desafíos y oportunidades en la construcción de una medicina más humana, participativa y centrada en el paciente.

Figura 1. Modelo de comunicación clínica mediadora. La imagen representa el modelo de comunicación clínica mediadora organizado en tres niveles jerárquicos. En la base se encuentra el nivel técnico, donde se ubica el lenguaje médico especializado y los neologismos. En el nivel intermedio, el nivel mediador, se incorporan estrategias como la explicación sencilla, el uso de analogías y la reformulación del lenguaje para facilitar la comprensión. En la parte superior, el nivel interactivo promueve el diálogo participativo, las preguntas del paciente y la verificación de la comprensión. El esquema muestra cómo, a medida que se avanza hacia niveles superiores, aumenta la accesibilidad del lenguaje, mientras que la precisión técnica se gestiona mediante procesos de mediación



CAPÍTULO 2: EL LENGUAJE MÉDICO COMO SISTEMA DE COMUNICACIÓN ESPECIALIZADO (CON CITAS)

El lenguaje médico constituye una de las manifestaciones más complejas de las lenguas de especialidad, en tanto articula precisión científica, economía expresiva y funcionalidad comunicativa en contextos altamente sensibles como lo es la atención en salud. Su estudio no puede limitarse a la descripción de términos técnicos, sino que requiere ser abordado como un sistema discursivo que responde a necesidades específicas de una comunidad profesional y que, al mismo tiempo, interactúa con sujetos que no necesariamente comparten ese mismo código lingüístico (32,34).

Desde esta perspectiva, el lenguaje médico se configura como un espacio de convergencia entre conocimiento científico, práctica clínica y relaciones sociales. En él se condensan no solo conceptos biomédicos, sino también formas de organización del saber, jerarquías profesionales y modos de interacción que inciden directamente en la relación médico-paciente (32,34).

2.1 LENGUAS DE ESPECIALIDAD Y DISCURSO MÉDICO

Las lenguas de especialidad han sido definidas como sistemas lingüísticos que se desarrollan en el seno de comunidades profesionales con el objetivo de facilitar la comunicación precisa y eficiente entre sus miembros. En el caso de la medicina, este sistema se caracteriza por la presencia de una terminología altamente especializada, estructuras sintácticas particulares y convenciones discursivas orientadas a la objetividad (8,9).

El discurso médico, en este sentido, no es simplemente un conjunto de términos técnicos, sino una forma específica de organizar el conocimiento. Predomina en él una tendencia a la nominalización, a la impersonalidad y a la condensación semántica, lo que permite transmitir gran cantidad de información en unidades lingüísticas relativamente breves.

Sin embargo, esta misma densidad conceptual que favorece la comunicación entre profesionales puede convertirse en una barrera cuando el interlocutor es el paciente. La falta de correspondencia entre el lenguaje especializado y el lenguaje común genera una brecha

que no es solo lingüística, sino también cognitiva y social, estrechamente vinculada a los niveles de alfabetización en salud (15,18).

2.2 CARACTERÍSTICAS LINGÜÍSTICAS DEL LENGUAJE MÉDICO

El análisis del lenguaje médico permite identificar una serie de rasgos distintivos que explican tanto su eficacia como sus limitaciones en la comunicación clínica.

En primer lugar, destaca la precisión terminológica, sustentada en un léxico de origen grecolatino que permite describir con exactitud estructuras anatómicas, procesos fisiológicos y patologías. Este sistema terminológico se encuentra en constante expansión, impulsado por los avances científicos y tecnológicos, lo que da lugar a la aparición continua de nuevos términos (8,9).

En segundo lugar, el lenguaje médico presenta una marcada tendencia a la nominalización, es decir, a la transformación de procesos en entidades lingüísticas. Expresiones como “insuficiencia”, “inflamación” o “degeneración” condensan acciones complejas en sustantivos, lo que contribuye a la objetividad del discurso, pero también a su abstracción.

Otro rasgo relevante es el uso de estructuras impersonales y voz pasiva, que desplazan al sujeto agente y focalizan la atención en el fenómeno clínico. Esta característica refuerza la idea de neutralidad científica, pero al mismo tiempo puede generar distancia en la interacción comunicativa (32,34).

Asimismo, es frecuente el uso de siglas, acrónimos y formas abreviadas, que responden a criterios de economía lingüística. Estas formas, ampliamente comprendidas dentro de la comunidad médica, suelen resultar opacas para los pacientes, especialmente cuando no se explicitan o contextualizan.

Finalmente, el lenguaje médico se caracteriza por su estandarización, a través de sistemas de clasificación internacional que buscan uniformar la terminología y facilitar la comunicación global.

2.3 NEOLOGISMOS Y PROCESOS DE FORMACIÓN LÉXICA EN MEDICINA

Uno de los rasgos más dinámicos del lenguaje médico es su capacidad para generar neologismos. Estos surgen como respuesta a la necesidad de nombrar nuevas realidades, describir avances tecnológicos o adaptar términos provenientes de otras lenguas, particularmente del inglés (8,9).

Los procesos de formación léxica más relevantes en este ámbito incluyen la derivación, la composición y la acronimia. Si bien estos procesos responden a una lógica de eficiencia comunicativa, también generan desafíos importantes en términos de comprensión.

Los neologismos, especialmente cuando no están plenamente integrados en el sistema lingüístico o cuando no cuentan con equivalentes en el lenguaje común, pueden dificultar la interpretación del mensaje por parte del paciente, particularmente en contextos de baja alfabetización en salud (15,18).

En este sentido, el neologismo no es solo una unidad léxica nueva, sino un indicador de transformación en el discurso médico.

2.4 EL LENGUAJE MÉDICO COMO PRÁCTICA SOCIAL

Más allá de su dimensión técnica, el lenguaje médico debe ser entendido como una práctica social que se inscribe en relaciones de poder y en contextos institucionales específicos. Desde esta perspectiva, el uso del lenguaje no es neutral, sino que refleja y reproduce estructuras sociales (32,34).

En la interacción médico-paciente, el dominio del lenguaje especializado otorga al profesional una posición de autoridad, mientras que el paciente, al no compartir ese código, puede quedar en una situación de desventaja comunicativa.

2.5 COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y COMPETENCIA DISCURSIVA

La comunicación médico-paciente ha sido ampliamente estudiada como un factor determinante en la calidad de la atención. Modelos centrados en el paciente destacan la importancia de la empatía, la escucha activa y la claridad del lenguaje como elementos esenciales del acto clínico (4,6).

La comunicación clínica efectiva requiere no solo conocimiento técnico, sino también competencia discursiva. Esta implica la capacidad de adaptar el lenguaje al contexto, al interlocutor y a la situación comunicativa.

La ausencia de esta competencia puede generar malentendidos, desconfianza y baja adherencia al tratamiento, mientras que una comunicación clara mejora los resultados en salud (16).

2.6 HACIA UN LENGUAJE MÉDICO MÁS INCLUSIVO

El análisis del lenguaje médico desde una perspectiva crítica permite identificar la necesidad de promover formas de comunicación más inclusivas.

En este contexto, se hace necesario desarrollar estrategias que faciliten la comprensión, especialmente en pacientes con niveles variables de alfabetización en salud (15,18). Asimismo, resulta fundamental considerar la diversidad cultural y lingüística.

Desde la bioética, esta necesidad adquiere una dimensión normativa. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia establecen la obligación de garantizar que el paciente comprenda la información que recibe (20,21). En este marco, el uso de lenguaje técnico sin mediación puede constituir una barrera ética. (Fig. 2)

2.7 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El lenguaje médico, en tanto sistema especializado, cumple una función esencial en la transmisión del conocimiento científico y en la práctica clínica. No obstante, su complejidad y su constante evolución plantean desafíos significativos en la comunicación con el paciente.

Los neologismos evidencian tanto la capacidad creativa del lenguaje como las tensiones entre especialización y accesibilidad (8,9). En este contexto, la competencia comunicativa del profesional de la salud se presenta como un elemento clave para garantizar una atención efectiva, ética y centrada en el paciente, en concordancia con los principios bioéticos fundamentales (20,21)

Figura 2. La imagen muestra un conjunto de estrategias clave para mejorar la comunicación clínica mediadora, organizadas alrededor de la interacción médico-paciente. Entre ellas se destacan: evaluar el conocimiento previo del paciente, utilizar analogías y metáforas, fomentar preguntas, reformular el lenguaje técnico, promover el diálogo participativo, aplicar escucha activa y verificar la comprensión. En conjunto, el esquema resalta que una comunicación efectiva requiere acciones intencionales del profesional para adaptar el lenguaje, facilitar la comprensión y fortalecer la participación del paciente en su proceso de atención



CAPÍTULO 3:

NEOLOGISMOS EN LA MEDICINA CONTEMPORÁNEA: DINÁMICA, FUNCIÓN Y DESAFÍOS COMUNICATIVOS (CON CITAS)

El lenguaje médico contemporáneo se caracteriza por una expansión constante de su léxico, impulsada por el vertiginoso avance de la ciencia, la incorporación de nuevas tecnologías y la globalización del conocimiento biomédico. En este contexto, los neologismos se constituyen en una manifestación privilegiada de la capacidad adaptativa del lenguaje, al permitir la denominación de nuevas realidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas (10,11). Sin embargo, más allá de su función denominativa, los neologismos revelan transformaciones profundas en la manera en que se construye, se transmite y se legitima el conocimiento médico.

3.1 EL NEOLOGISMO COMO FENÓMENO LINGÜÍSTICO Y SOCIAL

Tradicionalmente, el neologismo ha sido definido como una unidad léxica de reciente incorporación a una lengua, ya sea por creación interna o por adopción externa. No obstante, en el ámbito médico, esta definición resulta insuficiente si no se considera su dimensión funcional y contextual. Un término no es neológico únicamente por su novedad formal, sino también por su grado de integración en la práctica discursiva y por su reconocimiento dentro de una comunidad de especialistas.

En este sentido, el neologismo médico puede entenderse como el resultado de un proceso dinámico en el que intervienen factores científicos, tecnológicos, culturales y sociales. Su aparición responde a la necesidad de nombrar fenómenos emergentes, pero también a la lógica de producción del conocimiento en medicina, donde la precisión terminológica es un valor central (10,11).

Asimismo, el neologismo no se difunde de manera homogénea. Mientras que algunos términos alcanzan rápidamente un estatus de uso generalizado, otros permanecen restringidos a ámbitos especializados o incluso desaparecen sin lograr consolidarse. Este proceso de difusión selectiva pone en evidencia que el lenguaje médico no es un sistema cerrado, sino un espacio en constante negociación. (Fig. 3)

3.2 FACTORES QUE IMPULSAN LA CREACIÓN DE NEOLOGISMOS EN MEDICINA

La generación de neologismos en medicina no es un fenómeno aleatorio, sino que responde a una serie de factores estructurales que configuran el desarrollo del discurso clínico contemporáneo.

Uno de los principales motores es el avance científico y tecnológico. La aparición de nuevas técnicas diagnósticas, terapias innovadoras y descubrimientos biomédicos exige la creación de términos que permitan describir con precisión estas realidades (10,11).

A este factor se suma la influencia del inglés como lengua dominante en la producción científica. Muchos neologismos en medicina son préstamos o adaptaciones de términos anglosajones, lo que genera fenómenos de hibridación lingüística. Esta tendencia, si bien facilita la comunicación internacional entre especialistas, puede generar dificultades en contextos clínicos donde estos términos no son plenamente comprendidos por los pacientes (2,7).

Otro elemento relevante es la necesidad de economía lingüística. En entornos clínicos, donde la rapidez y la eficiencia son esenciales, se tiende a condensar la información en unidades léxicas breves, como acrónimos y compuestos. Esta condensación implica una alta densidad semántica que puede dificultar la comprensión fuera del ámbito especializado (2,7).

Finalmente, la interdisciplinariedad creciente de la medicina ha favorecido la incorporación de términos provenientes de otras áreas del conocimiento, ampliando el campo semántico del lenguaje médico, pero también incrementando su complejidad.

3.3 PROCESOS DE FORMACIÓN DE NEOLOGISMOS MÉDICOS

Desde el punto de vista lingüístico, los neologismos en medicina se generan a través de diversos mecanismos de formación léxica, cada uno con implicaciones específicas en términos de significado y uso.

3.3.1 Derivación

La derivación es uno de los procesos más productivos en la formación de términos médicos. Mediante la adición de prefijos y sufijos a una raíz, se generan nuevas palabras que mantienen una relación semántica con el término original.

3.3.2 Composición

La composición implica la combinación de dos o más unidades léxicas para formar un nuevo término, permitiendo describir condiciones complejas de forma condensada.

3.3.3 Acronimia y siglación

La acronimia responde a la necesidad de abreviar expresiones largas y facilitar su uso en contextos clínicos, aunque puede carecer de transparencia para el paciente (2,7).

3.3.4 Préstamos lingüísticos

Los préstamos, especialmente del inglés, constituyen una fuente importante de neologismos y plantean desafíos en términos de comprensión y adaptación local (2,7).

3.4 TIPOLOGÍA DE NEOLOGISMOS EN EL DISCURSO MÉDICO

El análisis de los neologismos permite establecer distintas categorías en función de su origen y estructura:

- Neologismos formales
- Neologismos semánticos
- Neologismos de préstamo
- Neologismos acronímicos

Cada una de estas categorías cumple funciones específicas dentro del discurso médico y presenta distintos niveles de accesibilidad para el paciente.

3.5 FUNCIÓN DE LOS NEOLOGISMOS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA

Los neologismos cumplen una doble función en el ámbito médico. Por un lado, permiten una comunicación precisa y eficiente entre profesionales (10,11). Por otro, cuando se utilizan en la interacción con el paciente, pueden generar opacidad comunicativa, dificultando la comprensión del mensaje (2,7).

Esta dualidad pone de manifiesto una tensión central en el lenguaje médico: la necesidad de precisión frente a la accesibilidad comunicativa.

3.6 NEOLOGISMOS Y BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En la práctica clínica, el uso no mediado de neologismos puede constituir una barrera significativa para la comunicación. Los pacientes pueden interpretar de manera incorrecta o incompleta la información que reciben, especialmente en contextos de baja alfabetización en salud (3,16).

Diversos estudios han señalado que esta falta de comprensión se asocia con menor adherencia al tratamiento y mayor riesgo de errores en el autocuidado (3,16).

Desde una perspectiva discursiva, los neologismos también pueden actuar como marcadores de autoridad profesional, reforzando la posición del médico en la interacción clínica (34). Sin embargo, este uso puede contribuir a la construcción de barreras simbólicas que limitan la participación del paciente.

3.7 INTEGRACIÓN Y LEGITIMACIÓN DE LOS NEOLOGISMOS

No todos los neologismos alcanzan el mismo grado de aceptación. Su integración en el lenguaje médico depende de factores como su frecuencia de uso, su utilidad comunicativa y su reconocimiento institucional.

Existe además un desfase entre la velocidad de creación de neologismos y su incorporación en sistemas formales, lo que genera espacios de uso no regulado dentro de la práctica clínica.

3.8 HACIA UNA GESTIÓN CONSCIENTE DEL NEOLOGISMO MÉDICO

El análisis de los neologismos en medicina debe orientarse hacia una reflexión crítica sobre su uso. En este sentido, resulta fundamental desarrollar estrategias que permitan integrar la terminología especializada con mecanismos de traducción y adaptación del lenguaje (4).

Esto implica que el profesional de la salud desarrolle competencias comunicativas que le permitan decidir cuándo utilizar un neologismo y cuándo explicarlo o reformularlo.

3.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Los neologismos en la medicina contemporánea constituyen una expresión de la vitalidad del lenguaje médico y de la evolución del conocimiento científico (10,11). Sin embargo, su uso plantea desafíos significativos en la comunicación médico-paciente, especialmente en contextos de desigualdad en la alfabetización en salud (3,16).

En este escenario, la competencia comunicativa del profesional de la salud emerge como un elemento clave para garantizar una atención efectiva y centrada en el paciente (4)

Figura 3. Proceso de mediación lingüística en la comunicación clínica. Esquema secuencial que representa la transformación del lenguaje médico desde el uso de un neologismo hasta la toma de decisiones informadas. El proceso incluye etapas de traducción, analogía y comprensión, destacando la mediación lingüística como elemento clave para garantizar una comunicación efectiva y centrada en el paciente



CAPÍTULO 4: COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONTEXTO ECUATORIANO: DESAFÍOS, ASIMETRÍAS Y PRÁCTICAS DISCURSIVAS

La comunicación médico-paciente constituye un eje central en la calidad de la atención sanitaria. No se trata únicamente de un intercambio de información clínica, sino de un proceso complejo en el que intervienen factores lingüísticos, culturales, sociales e institucionales que determinan la forma en que se construye la relación terapéutica (2,3). En el contexto ecuatoriano, este proceso adquiere particular relevancia debido a la diversidad sociocultural de la población y a las condiciones estructurales del sistema de salud pública (15,17).

Este capítulo aborda la comunicación clínica desde una perspectiva situada, analizando las condiciones específicas en las que se desarrolla en hospitales del sistema público ecuatoriano. A partir de ello, se identifican las principales barreras comunicativas, con especial énfasis en el papel del lenguaje médico y de los neologismos como factores que pueden favorecer o dificultar la comprensión del paciente.

4.1 LA COMUNICACIÓN CLÍNICA COMO PRÁCTICA SITUADA

La interacción entre médico y paciente no ocurre en un vacío, sino en un entorno institucional que condiciona sus dinámicas. En los hospitales públicos del Ecuador, esta interacción suele desarrollarse en contextos de alta demanda asistencial, limitaciones de tiempo y recursos, y una considerable presión sobre el personal de salud (2,3).

Estas condiciones influyen directamente en la forma en que se establece la comunicación. Las consultas tienden a ser breves, centradas en la resolución inmediata del problema clínico, lo que reduce las oportunidades para una explicación detallada o una interacción más participativa. En este escenario, el lenguaje se convierte en una herramienta de eficiencia, pero también en un posible obstáculo para la comprensión.

La comunicación clínica, por tanto, debe ser entendida como una práctica situada, en la que las elecciones lingüísticas del médico están condicionadas por factores contextuales que van más allá de la intención individual (17).

4.2 DIVERSIDAD SOCIOCULTURAL Y ALFABETIZACIÓN EN SALUD

Uno de los rasgos distintivos del contexto ecuatoriano es la diversidad sociocultural de la población que accede a los servicios de salud. Esta diversidad se manifiesta en diferencias en niveles educativos, contextos culturales, lenguas maternas y experiencias previas con el sistema sanitario (15,17).

En este marco, la alfabetización en salud —entendida como la capacidad de los individuos para obtener, procesar y comprender información relacionada con su salud— se convierte en un factor determinante en la comunicación médico-paciente (15,18). Un bajo nivel de alfabetización en salud limita la capacidad del paciente para interpretar términos técnicos, seguir indicaciones médicas y tomar decisiones informadas (16).

El uso de neologismos en este contexto puede amplificar las desigualdades existentes, al introducir formas lingüísticas que requieren un conocimiento previo para su comprensión. Así, el lenguaje médico se convierte en un filtro que determina el acceso al conocimiento (18).

4.3 ASIMETRÍA COMUNICATIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente se caracteriza por una asimetría estructural, en la que el profesional de la salud posee el conocimiento especializado y el paciente se encuentra en una posición de dependencia informativa (21). Esta asimetría es inherente al acto médico, pero puede intensificarse cuando el lenguaje utilizado no es accesible para el paciente.(Fig. 4)

En el contexto ecuatoriano, esta desigualdad se ve reforzada por factores como la diferencia en niveles educativos, la autoridad social atribuida al médico y la falta de estrategias comunicativas adaptadas al interlocutor (15,17).

Como resultado, el paciente puede adoptar un rol pasivo, limitándose a recibir indicaciones sin comprender plenamente su significado. Esta situación tiene implicaciones importantes en la calidad de la atención, incluyendo errores en la administración de tratamientos y abandono terapéutico (3,16).

4.4 EL PAPEL DEL LENGUAJE MÉDICO EN LA INTERACCIÓN CLÍNICA

El lenguaje médico, en su forma especializada, cumple una función esencial en la práctica clínica. Sin embargo, su uso en la interacción con el paciente requiere una adaptación que no siempre se produce.

En muchos casos, los médicos emplean términos técnicos, acrónimos o neologismos sin una explicación adecuada, lo que puede dificultar la comprensión del mensaje (2,3). Esta práctica puede responder a la falta de tiempo, a la costumbre profesional o a la ausencia de formación en habilidades comunicativas.

El resultado es una comunicación parcial, en la que el paciente recibe información fragmentada o incomprensible, limitando su participación en el proceso de atención (18).

4.5 NEOLOGISMOS Y OPACIDAD COMUNICATIVA EN EL CONTEXTO ECUATORIANO

El uso de neologismos en la comunicación médico-paciente representa uno de los desafíos más relevantes en el contexto analizado. Estos términos, funcionales en la comunicación entre profesionales, pueden generar opacidad cuando se trasladan al discurso dirigido al paciente (2,7).

La opacidad comunicativa no implica únicamente la falta de comprensión de un término específico, sino la imposibilidad de construir un sentido global del mensaje. Cuando el paciente no entiende las palabras clave del discurso médico, se ve impedido de interpretar su situación de salud y de participar activamente en su tratamiento (3,16).

En el contexto ecuatoriano, esta opacidad adquiere una dimensión crítica debido a la diversidad sociocultural y a las desigualdades en alfabetización en salud (15,18).

4.6 ESTRATEGIAS DISCURSIVAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

A pesar de las dificultades señaladas, es posible identificar estrategias discursivas que favorecen una comunicación más efectiva. Entre ellas se encuentran la reformulación del mensaje, la utilización de ejemplos, la analogía con experiencias cotidianas y la verificación de la comprensión del paciente (4).

Estas estrategias permiten traducir el lenguaje técnico a formas más accesibles, sin perder precisión conceptual. No obstante, su implementación depende en gran medida de la formación y de la disposición del profesional de la salud.

En el contexto ecuatoriano, promover estas prácticas implica incorporar la comunicación clínica como un componente fundamental en la formación médica (4,6).

4.7 IMPLICACIONES ÉTICAS DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD

La comunicación médico-paciente no es únicamente un acto técnico, sino también un acto ético. El derecho del paciente a recibir información clara y comprensible forma parte de los principios fundamentales de la atención en salud (21).

El uso de un lenguaje inaccesible puede ser interpretado como una forma de exclusión, limitando la capacidad del paciente para tomar decisiones informadas. En este sentido, la claridad comunicativa se convierte en una obligación ética del profesional de la salud (4,21).

En el contexto ecuatoriano, donde el sistema público atiende a poblaciones vulnerables, esta dimensión ética adquiere una relevancia aún mayor.

4.8 HACIA UNA COMUNICACIÓN CLÍNICA MÁS EQUITATIVA

El análisis del contexto ecuatoriano pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia modelos de comunicación más inclusivos y participativos. Esto implica reconocer la diversidad de los pacientes, adaptar el lenguaje a sus necesidades y promover una relación más horizontal en el acto médico (4,6)

La incorporación de un “lenguaje mediador” se presenta como una estrategia clave para reducir las brechas comunicativas, favoreciendo una atención más accesible sin perder rigor científico.

Asimismo, es necesario fortalecer la formación en habilidades comunicativas dentro de las carreras de salud.

4.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

La comunicación médico-paciente en el contexto ecuatoriano se desarrolla en un escenario complejo, marcado por la diversidad sociocultural, las limitaciones estructurales del sistema de salud y la presencia de un lenguaje altamente especializado (15,17).

En este marco, los neologismos evidencian las tensiones entre precisión científica y accesibilidad, pudiendo generar barreras significativas en la comprensión del paciente (2,3,16).

Frente a este desafío, la competencia comunicativa del médico y la adopción de estrategias discursivas inclusivas se presentan como elementos fundamentales para avanzar hacia una medicina más equitativa, participativa y centrada en el paciente (4,6).

Figura 4. Barrera comunicativa en la interacción clínica. Esquema secuencial que ilustra cómo la condición del paciente, al ser abordada mediante lenguaje técnico no mediado, puede generar incompreensión y derivar en errores clínicos. El modelo evidencia la comunicación como un factor crítico en la seguridad y calidad de la atención

Barrera Comunicativa



CAPÍTULO 5:

NEOLOGISMOS Y DESIGUALDAD COMUNICATIVA: LENGUAJE, PODER Y EXCLUSIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El lenguaje médico, lejos de constituir un instrumento neutral de transmisión de información, se configura como un dispositivo de poder que organiza, jerarquiza y regula el acceso al conocimiento en el ámbito de la salud (32,34). En este contexto, los neologismos —como unidades léxicas emergentes propias del discurso biomédico— no solo cumplen una función técnica, sino que también participan activamente en la producción de desigualdades comunicativas entre el profesional de la salud y el paciente.

Este capítulo propone una lectura crítica del uso de neologismos en la comunicación clínica, entendiéndolos no únicamente como expresiones de innovación lingüística, sino como elementos que pueden contribuir a la exclusión simbólica cuando no son adecuadamente mediadas.

5.1 EL LENGUAJE COMO DISPOSITIVO DE PODER EN MEDICINA

El ejercicio de la medicina implica no solo la aplicación de conocimientos científicos, sino también la gestión de un lenguaje altamente especializado que delimita quién puede comprender, interpretar y participar en el proceso de atención (32,34). El dominio de este lenguaje otorga al médico una posición de autoridad epistemológica, desde la cual se legitiman diagnósticos, se prescriben tratamientos y se orientan decisiones.

En este sentido, el lenguaje médico opera como un dispositivo de poder, en la medida en que establece fronteras entre quienes poseen el conocimiento y quienes dependen de él. Los neologismos, al concentrar significados complejos en formas lingüísticas condensadas, refuerzan esta dinámica.

Esta relación asimétrica no es necesariamente intencional, pero tiene efectos concretos en la interacción clínica, limitando la capacidad del paciente para interpretar adecuadamente la información que recibe.

5.2 NEOLOGISMOS Y EXCLUSIÓN SIMBÓLICA

La exclusión simbólica se produce cuando ciertos grupos quedan marginados del acceso al conocimiento debido a barreras lingüísticas, culturales o sociales. En el ámbito

médico, el uso de neologismos sin mediación puede constituir una forma de exclusión, al introducir términos que no forman parte del repertorio lingüístico del paciente (15,16).

Esta exclusión no se manifiesta únicamente en la incompreensión de palabras aisladas, sino en la imposibilidad de construir un sentido global del discurso clínico. Cuando el paciente no logra interpretar los términos clave, se ve privado de una comprensión integral de su estado de salud.

En contextos con desigualdades en alfabetización en salud, esta forma de exclusión adquiere una dimensión particularmente relevante (15,16).

5.3 CAPITAL LINGÜÍSTICO Y DESIGUALDAD EN SALUD

Desde una perspectiva sociolingüística, el acceso al lenguaje especializado puede ser entendido como una forma de capital lingüístico. Este capital no se distribuye de manera equitativa en la sociedad, lo que genera diferencias en la capacidad de los individuos para participar en determinados espacios comunicativos.

En la relación médico-paciente, el profesional posee un alto capital lingüístico, mientras que el paciente puede carecer de las herramientas necesarias para interpretar ese lenguaje, generando una dependencia comunicativa estructural (32,34).

Los neologismos intensifican esta desigualdad al requerir conocimientos previos para su comprensión, reproduciendo así brechas sociales en el acceso al conocimiento.

5.4 NEOLOGISMOS Y BARRERAS EN LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS

Uno de los principios fundamentales de la atención en salud es el respeto a la autonomía del paciente, que se materializa en la capacidad de tomar decisiones informadas. Sin embargo, esta capacidad depende directamente de la comprensión de la información proporcionada (20,22).

El uso de neologismos sin una adecuada explicación puede obstaculizar este proceso, generando confusión o interpretaciones erróneas. Como consecuencia, el paciente puede aceptar o rechazar tratamientos sin comprender plenamente sus implicaciones.

Esta situación compromete la validez del consentimiento informado y plantea un problema ético significativo, en tanto limita el ejercicio real de la autonomía (20,22).

5.5 NATURALIZACIÓN DEL LENGUAJE TÉCNICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Uno de los factores que contribuyen al uso no mediado de neologismos es la naturalización del lenguaje técnico dentro de la comunidad médica. Los profesionales pueden asumir implícitamente que su significado es evidente, incluso para quienes no forman parte de la comunidad especializada.

Esta naturalización genera una brecha entre la intención comunicativa del médico y la interpretación del paciente, lo que puede traducirse en incomprensión y errores en la aplicación de las indicaciones (3,16).

Romper con esta lógica implica desarrollar una conciencia crítica sobre el uso del lenguaje en la práctica clínica.

5.6 ESTRATEGIAS DE RESISTENCIA Y ADAPTACIÓN DEL PACIENTE

Frente a la opacidad del lenguaje médico, los pacientes desarrollan diversas estrategias para intentar comprender la información que reciben. Estas incluyen la interpretación contextual, la consulta a terceros o la búsqueda de información en medios digitales.

Si bien estas estrategias evidencian capacidad de adaptación, también reflejan una limitación estructural del sistema comunicativo, en el que la responsabilidad de comprender recae desproporcionadamente en el paciente.

Diversos estudios han mostrado que la falta de comprensión se asocia con menor adherencia terapéutica y peores resultados en salud (3,16).

5.7 HACIA UNA ÉTICA DEL LENGUAJE MÉDICO

El análisis crítico del uso de neologismos conduce a la necesidad de formular una ética del lenguaje médico. Esta ética se basa en el reconocimiento de que la comunicación es un componente esencial del acto médico y que su calidad tiene implicaciones directas en la salud del paciente (4).

El principio de justicia exige garantizar que todos los pacientes tengan acceso a información comprensible, independientemente de su nivel educativo (20). Asimismo, el principio de autonomía requiere que el paciente comprenda la información para tomar decisiones informadas (22).

Adoptar esta perspectiva implica asumir la responsabilidad de adaptar el lenguaje al contexto comunicativo, sin renunciar al rigor científico.

5.8 IMPLICACIONES PARA LA FORMACIÓN MÉDICA

La problemática analizada pone de relieve la necesidad de incorporar la dimensión comunicativa como un eje central en la formación de los profesionales de la salud.

Esto implica desarrollar habilidades lingüísticas, pero también una reflexión crítica sobre el uso del lenguaje, incluyendo la identificación de neologismos y su impacto en la comprensión del paciente (4).

Una formación orientada en este sentido permitiría avanzar hacia una medicina más inclusiva y centrada en el paciente.

5.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

Los neologismos en el discurso médico no son únicamente expresiones de innovación lingüística, sino también elementos que pueden contribuir a la producción y reproducción de desigualdades comunicativas (32,34).

Su uso no mediado puede generar exclusión simbólica, limitar la comprensión del paciente y afectar su capacidad para participar en la toma de decisiones informadas (3,16,22).

Frente a este panorama, se hace necesario promover una gestión consciente del lenguaje, basada en principios éticos y orientada a garantizar una comunicación más equitativa (4,20).

CAPÍTULO 6:

DISEÑO METODOLÓGICO: APROXIMACIÓN DISCURSIVA AL LENGUAJE MÉDICO (CON CITAS)

El estudio del lenguaje médico en la interacción clínica exige un abordaje metodológico que permita captar no solo las estructuras lingüísticas, sino también los contextos en los que estas se producen y adquieren sentido. En este marco, la presente investigación se sustenta en un enfoque cualitativo de carácter interpretativo, orientado a comprender el uso de neologismos en la comunicación médico-paciente como una práctica discursiva situada (33,35).

Lejos de limitarse a la cuantificación de términos, este enfoque busca analizar cómo se construyen los significados en la interacción clínica, qué funciones cumplen los neologismos en el discurso médico y cuáles son sus implicaciones en la comprensión del paciente. De este modo, la metodología adoptada se alinea con los objetivos generales de la obra, centrados en explorar la dimensión lingüística, social y ética de la comunicación en salud.

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

La investigación se inscribe en el paradigma cualitativo, el cual permite abordar fenómenos complejos desde una perspectiva holística y contextualizada (33,35). Este enfoque resulta particularmente adecuado para el análisis del lenguaje, en tanto considera que el significado no reside únicamente en las palabras, sino en su uso dentro de situaciones comunicativas específicas.

El carácter interpretativo del estudio implica que los datos no son entendidos como entidades objetivas aisladas, sino como construcciones que adquieren sentido a partir de su análisis en contexto. En este sentido, el investigador asume un rol activo en la interpretación del discurso, reconociendo la influencia de los factores sociales, culturales e institucionales en la producción lingüística.

6.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño adoptado corresponde a un estudio descriptivo-analítico con énfasis en el análisis del discurso (32). Este tipo de diseño permite no solo identificar la presencia de

neologismos en el lenguaje médico, sino también examinar sus funciones comunicativas y su impacto en la interacción con el paciente.

El componente descriptivo se orienta a caracterizar los neologismos identificados, clasificándolos según su estructura, origen y frecuencia de uso. Por su parte, el componente analítico se centra en interpretar el papel que estos términos desempeñan en la construcción del discurso clínico y en la dinámica comunicativa.

Este diseño posibilita una comprensión integral del fenómeno, articulando la dimensión lingüística con su contexto de uso.

6.3 CONTEXTO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en hospitales del sistema público de salud en Ecuador, espacios donde convergen una alta demanda asistencial y una población caracterizada por su diversidad sociocultural.

Estos entornos constituyen escenarios privilegiados para el análisis de la comunicación médico-paciente, en la medida en que permiten observar cómo el lenguaje especializado se adapta —o no— a contextos de interacción con pacientes con distintos niveles de alfabetización en salud.

La elección de este contexto responde al interés de analizar el fenómeno en condiciones reales de práctica clínica, lo que aporta validez ecológica a los resultados del estudio.

6.4 CONSTRUCCIÓN DEL CORPUS LINGÜÍSTICO

El corpus de análisis se conformó a partir de la recopilación de interacciones comunicativas en el ámbito clínico, así como de registros discursivos asociados a la práctica médica.

La selección del corpus se realizó mediante criterios de pertinencia y representatividad, priorizando aquellos fragmentos discursivos que evidencian el uso de lenguaje especializado en situaciones de atención médica.

Más que un volumen extenso de datos, se privilegió la calidad y relevancia de los registros, con el objetivo de realizar un análisis profundo y contextualizado de los fenómenos lingüísticos.

6.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante herramientas propias del análisis del discurso, complementadas con categorías lingüísticas relacionadas con la formación de neologismos (32).

En una primera fase, se realizó la identificación y clasificación de los neologismos presentes en el corpus, considerando criterios como su estructura morfológica, su origen y su función dentro del discurso.

En una segunda fase, se procedió al análisis interpretativo, orientado a comprender cómo estos términos son utilizados en la interacción clínica, qué estrategias discursivas los acompañan y cómo son percibidos por los pacientes.

Este proceso permitió identificar patrones discursivos, estrategias de mediación lingüística y situaciones de opacidad comunicativa.

6.6 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Con el fin de garantizar la calidad y la validez del estudio, se adoptaron criterios propios de la investigación cualitativa, tales como la credibilidad, la transferibilidad y la coherencia interpretativa (35).

La credibilidad se aseguró mediante una selección cuidadosa del corpus y un análisis detallado de los datos. La transferibilidad se sustenta en la descripción contextual del estudio, que permite valorar la aplicabilidad de los hallazgos en escenarios similares. Por su parte, la coherencia interpretativa se logró mediante la articulación consistente entre los datos, el marco teórico y los objetivos de la investigación.

Asimismo, se incorporaron estrategias como la triangulación de datos y la transparencia en el proceso analítico para fortalecer la validez de los resultados (35).

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio del discurso en contextos clínicos implica una responsabilidad ética particular, dada la sensibilidad de la información involucrada.

En este sentido, se garantizó la confidencialidad de los participantes y la anonimización de los datos. Asimismo, se respetaron los principios de consentimiento informado, integridad académica y uso responsable de la información, en concordancia con estándares internacionales en investigación en salud (20).

La dimensión ética de este estudio no se limita a la protección de los participantes, sino que se extiende a la reflexión sobre el impacto del lenguaje en la práctica clínica.

6.8 ALCANCES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Como toda investigación cualitativa, el presente estudio presenta alcances y limitaciones que deben ser considerados en la interpretación de los resultados.

Entre sus principales alcances se encuentra la posibilidad de ofrecer una comprensión profunda y contextualizada del uso de neologismos en la comunicación médico-paciente.

No obstante, el carácter situado del estudio implica que sus resultados no pueden ser generalizados de manera absoluta. Asimismo, la naturaleza interpretativa introduce un componente subjetivo que requiere ser gestionado con rigor metodológico (33,35).

6.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El diseño metodológico presentado proporciona el marco necesario para el análisis del lenguaje médico como práctica discursiva. A través de un enfoque cualitativo e interpretativo, se busca comprender el uso de neologismos en contextos clínicos reales, articulando la dimensión lingüística con su contexto social y comunicativo (33,35).

Este enfoque permite trascender la descripción superficial del fenómeno y sentar las bases para el análisis empírico, integrando el análisis teórico con la aplicación práctica orientada a mejorar la comunicación clínica

CAPÍTULO 7:

ANÁLISIS DE NEOLOGISMOS EN EL DISCURSO MÉDICO: RESULTADOS E INTERPRETACIÓN (CON CITAS)

El análisis de los neologismos en el discurso médico permite comprender no solo la dinámica de formación léxica en la medicina contemporánea, sino también las formas en que estos recursos lingüísticos inciden en la comunicación clínica. A partir del corpus construido en contextos hospitalarios del sistema público ecuatoriano, este capítulo presenta los resultados del estudio, articulando la identificación de neologismos con su interpretación discursiva y su impacto en la interacción médico-paciente.

Lejos de una presentación meramente descriptiva, el análisis se orienta a revelar patrones de uso, funciones comunicativas y tensiones entre precisión técnica y accesibilidad, en coherencia con el enfoque crítico desarrollado en capítulos anteriores.

7.1 CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL CORPUS

El corpus analizado está constituido por interacciones clínicas reales y registros discursivos asociados a la práctica médica en hospitales públicos del Ecuador. En estos contextos, se identificó una presencia significativa de lenguaje especializado, con una frecuencia notable de neologismos utilizados por los profesionales de la salud en la comunicación con pacientes.

Un rasgo distintivo del corpus es la coexistencia de distintos niveles de tecnicidad en el discurso médico. Mientras que en algunos casos se observa un intento de adaptación del lenguaje, en otros predomina el uso directo de términos altamente especializados, sin mediación discursiva (2,7).

Esta variabilidad permite analizar no solo la presencia de neologismos, sino también las estrategias —o la ausencia de ellas— en su uso dentro de la interacción clínica.

7.2 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE NEOLOGISMOS

El análisis permitió identificar un conjunto diverso de neologismos, los cuales fueron clasificados según su proceso de formación y su función dentro del discurso médico.

En términos generales, se observó una predominancia de:

- Neologismos acronímicos
- Neologismos derivados

- Neologismos de préstamo (principalmente del inglés)
- Neologismos compuestos

Esta diversidad refleja la complejidad del lenguaje médico contemporáneo y su constante expansión, en concordancia con el desarrollo científico y tecnológico en medicina (10,11).

7.3 FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN EN EL DISCURSO CLÍNICO

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la alta frecuencia de neologismos en la comunicación médico-paciente, incluso en contextos donde se esperaría un mayor nivel de adaptación del lenguaje.

Se observó que aproximadamente dos tercios de las interacciones incluían al menos un neologismo sin explicación adicional, lo que evidencia una tendencia significativa hacia el uso de lenguaje técnico no mediado (2,7).

La distribución de estos términos se concentró principalmente en:

- Explicación de diagnósticos
- Descripción de procedimientos
- Indicación de tratamientos

En estos momentos clave, el uso de neologismos condensa información crítica, pero su alta densidad semántica incrementa el riesgo de incomprensión cuando no se acompaña de mediación discursiva.

7.4 FUNCIÓN COMUNICATIVA DE LOS NEOLOGISMOS

El análisis discursivo revela que los neologismos cumplen múltiples funciones en la comunicación médica:

a) Función técnica

Permiten transmitir información de manera precisa y eficiente entre profesionales, facilitando la estandarización del lenguaje clínico (10,11).

b) Función discursiva en interacción con el paciente

En la relación médico-paciente, su función es más compleja. En algunos casos, son utilizados como recursos explicativos, pero en otros se emplean sin mediación, generando opacidad comunicativa (2,7).

Esta dualidad refleja la tensión entre la lógica interna del lenguaje médico y las necesidades comunicativas del paciente.

7.5 ESTRATEGIAS DISCURSIVAS ASOCIADAS AL USO DE NEOLOGISMOS

El estudio permitió identificar distintas estrategias en el uso de neologismos:

- Reformulación inmediata
- Analogía
- Simplificación parcial
- Ausencia de mediación

Entre estas, la reformulación y la analogía demostraron ser más efectivas para favorecer la comprensión. Sin embargo, la ausencia de mediación fue la práctica predominante, especialmente en contextos de alta carga asistencial, lo cual coincide con estudios que evidencian limitaciones en la comunicación clínica (3).

7.6 REACCIÓN Y COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

El análisis evidenció que la comprensión del paciente es variable y depende de factores como nivel educativo, experiencia previa y contexto sociocultural.

Un hallazgo relevante es que los pacientes rara vez solicitan aclaraciones, lo que genera una falsa percepción de comunicación efectiva. Este comportamiento puede estar relacionado con la asimetría en la relación médico-paciente (34).

Se identificaron signos de incomprensión como:

- Respuestas ambiguas
- Silencios prolongados
- Aceptación pasiva

Estos patrones han sido asociados con niveles bajos de alfabetización en salud y con menor adherencia al tratamiento (16).

Asimismo, algunos pacientes desarrollan estrategias compensatorias, como la búsqueda de información posterior, lo que evidencia una brecha en la comunicación inicial.

7.7 NEOLOGISMOS COMO INDICADORES DE DESIGUALDAD COMUNICATIVA

Los resultados confirman que los neologismos actúan como indicadores de desigualdad en la comunicación médica.

Su uso no mediado refleja una falta de adecuación del discurso al interlocutor y contribuye a la reproducción de asimetrías en la relación médico-paciente (34). En este sentido, funcionan como marcadores de distancia entre el conocimiento especializado y la experiencia del paciente.

Esta desigualdad tiene implicaciones clínicas directas, afectando la comprensión, la toma de decisiones y la calidad de la atención (3,16).

7.8 ARTICULACIÓN CON EL MARCO TEÓRICO

Los hallazgos empíricos se articulan con el marco teórico desarrollado en capítulos previos. La presencia de neologismos, su función discursiva y su impacto en la comunicación confirman las tensiones entre precisión técnica y accesibilidad (2,7).

Asimismo, los resultados respaldan la concepción del lenguaje médico como práctica social y como dispositivo de poder, evidenciando cómo las elecciones lingüísticas influyen en la construcción de la relación médico-paciente (34).

7.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El análisis de los neologismos en el discurso médico evidencia una alta presencia de términos especializados, cuya función oscila entre la precisión técnica y la opacidad comunicativa (10,11).

La falta de mediación discursiva constituye una barrera significativa en la interacción médico-paciente, especialmente en contextos de diversidad sociocultural y baja alfabetización en salud (2,16).

En este escenario, la competencia comunicativa del profesional de la salud emerge como un factor clave para transformar el lenguaje médico en una herramienta de inclusión y no de exclusión (3).

CAPÍTULO 8: INTERPRETACIÓN DISCURSIVA DEL LENGUAJE MÉDICO: ENTRE LA PRECISIÓN CIENTÍFICA Y LA ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA

El análisis de los neologismos en el discurso médico, presentado en el capítulo anterior, permite avanzar hacia una interpretación más profunda del fenómeno, en la que el lenguaje deja de ser concebido como un simple instrumento técnico y pasa a ser entendido como una práctica discursiva que construye realidades, relaciones y significados en el ámbito clínico (32,34).

Este capítulo propone una lectura interpretativa de los resultados, articulando los hallazgos empíricos con el marco teórico desarrollado previamente. A partir de esta integración, se examinan las tensiones, dinámicas y efectos del uso de neologismos en la comunicación médico-paciente, con especial énfasis en su dimensión social, simbólica y ética.

8.1 EL DISCURSO MÉDICO COMO CONSTRUCCIÓN DE REALIDAD

El discurso médico no se limita a describir el estado de salud de un paciente, sino que contribuye activamente a construirlo. A través del lenguaje, el médico define, clasifica y legitima una determinada interpretación de la realidad clínica (32).

En este proceso, los neologismos desempeñan un papel central, al condensar categorías diagnósticas, procesos fisiopatológicos y decisiones terapéuticas en unidades lingüísticas específicas (10,11). Estas formas no solo nombran la realidad, sino que la estructuran, delimitando qué aspectos son relevantes y cómo deben ser interpretados.

Desde esta perspectiva, el uso de neologismos no es neutro: implica una forma particular de organizar el conocimiento y de presentarlo al paciente, lo que influye directamente en su comprensión y en su experiencia de la enfermedad (34).

8.2 TENSION ENTRE TECNIFICACIÓN Y HUMANIZACIÓN DEL LENGUAJE

Uno de los hallazgos más significativos del análisis es la coexistencia de dos tendencias en el discurso médico: la tecnificación y la humanización del lenguaje.

La tecnificación responde a la necesidad de precisión, eficiencia y estandarización en la práctica clínica. En este marco, los neologismos se constituyen en herramientas fundamentales para la comunicación entre profesionales (10,11).

Por otro lado, la humanización del lenguaje implica la adaptación del discurso a las características del paciente, priorizando la claridad, la empatía y la comprensión (4,6). Esta tendencia exige un esfuerzo consciente por parte del médico para traducir el lenguaje técnico a formas accesibles.

La tensión entre estas dos dimensiones no es necesariamente conflictiva, pero requiere ser gestionada de manera adecuada. El problema surge cuando la tecnificación predomina sin mediación, desplazando la dimensión comunicativa y afectando la calidad de la interacción (2,7).

8.3 EL NEOLOGISMO COMO MARCADOR DE FRONTERA DISCURSIVA

Los neologismos pueden ser interpretados como marcadores de frontera entre dos mundos discursivos: el de la medicina especializada y el de la experiencia del paciente. Estas unidades lingüísticas delimitan un espacio de conocimiento al que no todos los interlocutores tienen acceso (34).

En este sentido, el neologismo funciona como un indicador de pertenencia a una comunidad discursiva. Quienes dominan su significado forman parte del ámbito especializado; quienes no, quedan situados en una posición periférica.

Esta función de frontera no es intrínsecamente negativa, pero adquiere relevancia en la interacción clínica, donde la inclusión del paciente en el proceso comunicativo es fundamental. Cuando estas fronteras no son mediadas, se convierten en barreras que dificultan la comprensión y la participación (15,16).

8.4 ESTRATEGIAS DISCURSIVAS Y CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO

El análisis muestra que el impacto de los neologismos en la comunicación no depende únicamente de su presencia, sino de las estrategias discursivas que acompañan su uso.

Cuando el médico recurre a reformulaciones, analogías o explicaciones contextualizadas, el neologismo puede convertirse en un recurso pedagógico que facilita la comprensión. En estos casos, el lenguaje especializado no excluye, sino que introduce al paciente en el conocimiento médico (4).

Por el contrario, cuando el neologismo se utiliza sin mediación, se produce una ruptura en la construcción de sentido. El paciente recibe información fragmentada, sin las herramientas necesarias para integrarla en una comprensión coherente de su situación (2,7).

Esta diferencia pone de relieve que la comunicación efectiva no depende únicamente del contenido, sino de la forma en que este es presentado.

8.5 INVISIBILIZACIÓN DE LA INCOMPRENSIÓN DEL PACIENTE

Uno de los aspectos más relevantes identificados en el análisis es la tendencia a la invisibilización de la incomprensión del paciente. En muchos casos, la falta de entendimiento no se manifiesta de manera explícita, lo que genera una ilusión de comunicación efectiva.

Esta situación puede explicarse por diversos factores, como la relación de autoridad, el temor a cuestionar al profesional o la falta de herramientas para formular preguntas (34). Como resultado, el médico puede asumir que el mensaje ha sido comprendido, cuando en realidad persisten importantes vacíos interpretativos.

La invisibilización de la incomprensión constituye un problema crítico, ya que impide la corrección del proceso comunicativo y perpetúa las barreras existentes (3,16).

8.6 LENGUAJE MÉDICO Y REPRODUCCIÓN DE DESIGUALDADES

La interpretación discursiva de los resultados confirma que el lenguaje médico, en particular el uso de neologismos, puede contribuir a la reproducción de desigualdades en el ámbito de la salud.

Estas desigualdades no se limitan al acceso a servicios, sino que incluyen el acceso al conocimiento. Los pacientes con mayor capital cultural y educativo tienen más probabilidades de comprender el lenguaje especializado, mientras que aquellos en situación de vulnerabilidad enfrentan mayores dificultades (15,16).

En este contexto, el lenguaje actúa como un mecanismo de diferenciación social, que puede reforzar las brechas existentes si no se adoptan estrategias de inclusión comunicativa.

8.7 EL LENGUAJE COMO ESPACIO ÉTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El análisis desarrollado permite afirmar que el lenguaje médico no es solo una herramienta técnica, sino también un espacio ético. Las decisiones lingüísticas del

profesional de la salud tienen consecuencias directas en la comprensión del paciente, en su capacidad de participación y en la calidad de la atención (20,21).

Desde esta perspectiva, la claridad del lenguaje debe ser considerada una responsabilidad ética. Utilizar términos incomprensibles sin mediación no es únicamente un problema comunicativo, sino una práctica que puede vulnerar el derecho del paciente a la información (22).

Adoptar una ética del lenguaje implica reconocer que cada acto comunicativo en medicina tiene un impacto en la relación terapéutica y en los resultados en salud.

8.8 HACIA UNA RECONFIGURACIÓN DEL DISCURSO MÉDICO

Los hallazgos de este estudio sugieren la necesidad de una reconfiguración del discurso médico, orientada a integrar la precisión científica con la accesibilidad comunicativa.

Esta reconfiguración no implica simplificar el conocimiento, sino transformarlo discursivamente para hacerlo comprensible sin perder rigor. En este sentido, el concepto de “lenguaje mediador” adquiere una relevancia central, como puente entre el conocimiento especializado y la experiencia del paciente (4).

Asimismo, esta transformación requiere un cambio en la formación médica, incorporando la dimensión comunicativa como un componente esencial de la práctica clínica (6).

8.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

La interpretación discursiva del lenguaje médico permite comprender la complejidad de la comunicación clínica más allá de la dimensión técnica. Los neologismos, en este contexto, se revelan como elementos que no solo transmiten información, sino que construyen realidades, delimitan fronteras y reflejan relaciones de poder (32,34).

La tensión entre tecnificación y humanización del lenguaje, la invisibilización de la incomprensión del paciente y la reproducción de desigualdades constituyen desafíos centrales en la práctica clínica contemporánea. (Fig. 8)

Frente a este panorama, se hace necesario promover una gestión consciente y ética del lenguaje médico, que permita transformar la comunicación en una herramienta de inclusión, participación y mejora de la calidad de la atención en salud (4,20).

Figura 8. La imagen presenta un modelo de diagnóstico en cardiología basado en inteligencia artificial. El proceso inicia con la recolección de datos del paciente (electrocardiograma, radiografía de tórax y análisis de laboratorio), que luego son procesados mediante algoritmos de IA, como redes neuronales y machine learning. A partir de este análisis, se generan resultados clínicos como detección de arritmias, diagnóstico de cardiopatías y evaluación de riesgo.



Finalmente, estos resultados se integran en un informe médico que guía el plan de tratamiento, incluyendo un proceso de retroalimentación y ajuste continuo en la atención del paciente.

CAPÍTULO 9: IMPACTO CLÍNICO DEL LENGUAJE MÉDICO: CONSECUENCIAS EN LA COMPRENSIÓN, ADHERENCIA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN (CON CITAS)

El lenguaje médico, en tanto herramienta fundamental de la práctica clínica, tiene un impacto directo en los procesos de atención, en la experiencia del paciente y en los resultados en salud. Lejos de ser un elemento accesorio, la comunicación constituye un componente estructural del acto médico, cuya calidad puede favorecer o limitar la efectividad de las intervenciones terapéuticas (4,6).

A partir del análisis desarrollado en los capítulos anteriores, este capítulo examina las consecuencias clínicas del uso de neologismos en la comunicación médico-paciente, poniendo énfasis en su influencia sobre la comprensión del paciente, la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones informadas y la calidad global de la atención.

9.1 COMPRENSIÓN DEL PACIENTE Y CONSTRUCCIÓN DEL SIGNIFICADO CLÍNICO

La comprensión del paciente es el primer eslabón en la cadena de la atención en salud. Sin una adecuada interpretación del diagnóstico, del tratamiento y de las indicaciones médicas, el proceso terapéutico se ve comprometido desde su inicio (3,16).

El uso de neologismos sin mediación afecta directamente esta comprensión, al introducir términos que el paciente no puede decodificar. Como resultado, se produce una ruptura en la construcción del significado clínico: el paciente recibe información, pero no logra integrarla en una representación clara de su estado de salud (2,7).

Esta falta de comprensión no siempre es evidente, ya que, como se ha señalado, los pacientes suelen no expresar abiertamente sus dudas. Sin embargo, sus efectos se manifiestan posteriormente en la forma en que interpretan y ejecutan las indicaciones médicas (34).

9.2 ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento depende en gran medida de la comprensión del paciente sobre su condición y sobre las indicaciones que debe seguir. Cuando esta comprensión es parcial o incorrecta, el cumplimiento terapéutico se ve afectado (3,16).

El uso de lenguaje técnico no explicado puede generar confusión respecto a la dosis, la duración del tratamiento o las medidas a seguir. En algunos casos, el paciente puede omitir o modificar las indicaciones sin ser plenamente consciente de las implicaciones de sus decisiones.

Asimismo, la incompreensión puede disminuir la percepción de la importancia del tratamiento, lo que afecta la motivación del paciente para cumplirlo. En este sentido, la comunicación clara no solo transmite información, sino que también influye en la actitud del paciente frente a su proceso de salud (4).

9.3 TOMA DE DECISIONES INFORMADAS

El principio de autonomía del paciente se sustenta en su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud. Sin embargo, esta capacidad depende directamente de la claridad y accesibilidad de la información proporcionada (20,22).

Cuando el discurso médico está cargado de neologismos no explicados, el paciente puede enfrentar dificultades para evaluar las opciones terapéuticas, comprender los riesgos y beneficios, o formular preguntas relevantes. En consecuencia, las decisiones tomadas pueden no reflejar una comprensión real de la situación clínica.

Esta problemática tiene implicaciones éticas profundas, ya que compromete la validez del consentimiento informado. Una decisión basada en información incomprensible no puede considerarse plenamente autónoma (21).

9.4 RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CONFIANZA

La calidad de la relación médico-paciente está estrechamente vinculada a la comunicación. Un lenguaje claro, empático y adaptado favorece la construcción de confianza, mientras que un discurso técnico y distante puede generar inseguridad o desconfianza (4,6).

El uso excesivo de neologismos sin mediación puede ser percibido por el paciente como una forma de distanciamiento, que dificulta la conexión interpersonal. En algunos casos, el paciente puede interpretar que el médico no está dispuesto a explicarle su situación o que la información es inaccesible por naturaleza.

Por el contrario, cuando el médico traduce el lenguaje técnico y se asegura de la comprensión del paciente, se fortalece la relación terapéutica y se promueve una mayor participación en el proceso de atención.

9.5 SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RIESGO CLÍNICO

La comunicación inadecuada constituye un factor de riesgo en la seguridad del paciente. La incomprensión de indicaciones médicas puede dar lugar a errores en la administración de medicamentos, en el seguimiento de recomendaciones o en la identificación de signos de alarma (25,26).

En este contexto, el uso de neologismos sin explicación adecuada puede contribuir a la aparición de eventos adversos, al dificultar la correcta interpretación de la información clínica. La seguridad del paciente, por tanto, no depende únicamente de la precisión técnica de las intervenciones, sino también de la claridad del lenguaje utilizado.

9.6 INEQUIDADES EN SALUD Y ACCESO AL CONOCIMIENTO

El impacto del lenguaje médico no es uniforme en toda la población. Los pacientes con mayor nivel educativo o experiencia en el sistema de salud tienen más probabilidades de comprender los neologismos o de buscar estrategias para interpretarlos.

En contraste, los pacientes en situación de vulnerabilidad enfrentan mayores dificultades, lo que amplía las brechas en el acceso al conocimiento y, en consecuencia, en la calidad de la atención recibida (15,16).

De este modo, el lenguaje médico se convierte en un factor que puede reproducir inequidades en salud, al limitar la participación de ciertos grupos en el proceso de atención.

9.7 IMPACTO EMOCIONAL Y EXPERIENCIA DEL PACIENTE

La experiencia del paciente no se limita a los aspectos clínicos, sino que incluye dimensiones emocionales y psicológicas. La incomprensión del lenguaje médico puede generar ansiedad, incertidumbre y sensación de pérdida de control (3).

Cuando el paciente no entiende lo que ocurre con su salud, puede experimentar temor ante lo desconocido, lo que afecta su bienestar emocional y su percepción de la atención recibida. En cambio, una comunicación clara y accesible contribuye a reducir la ansiedad y a fortalecer la sensación de seguridad (4,6).

9.8 REPERCUSIONES EN EL SISTEMA DE SALUD

Las consecuencias de una comunicación inadecuada no se limitan al nivel individual, sino que tienen impacto en el funcionamiento del sistema de salud. La falta de

comprensión puede generar consultas reiteradas, uso inadecuado de servicios, incumplimiento de tratamientos y aumento de complicaciones clínicas (3,16).

Estos efectos implican un mayor costo para el sistema y una menor eficiencia en la atención. En este sentido, mejorar la comunicación médico-paciente no solo es una cuestión ética y clínica, sino también una estrategia para optimizar los recursos en salud.(Fig. 9)

9.9 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El lenguaje médico, y en particular el uso de neologismos, tiene un impacto significativo en múltiples dimensiones de la práctica clínica. Su influencia se extiende desde la comprensión del paciente hasta la adherencia terapéutica, la toma de decisiones informadas, la seguridad del paciente y la equidad en salud (3,16,25).

Los resultados analizados evidencian que la falta de mediación en el uso de lenguaje especializado constituye una barrera importante en la comunicación médico-paciente, con consecuencias clínicas reales y medibles (2,7).

Frente a este panorama, se hace evidente la necesidad de desarrollar estrategias comunicativas que permitan transformar el lenguaje médico en una herramienta de apoyo al paciente, contribuyendo a una atención más efectiva, segura y centrada en la persona (4,6).

Figura 9. Este esquema ilustra la cadena de consecuencias derivadas de una comunicación clínica deficiente. La mala comunicación médico-paciente, caracterizada por el uso de lenguaje técnico no mediado o poco claro, conduce a una baja adherencia al tratamiento, ya que el paciente no comprende adecuadamente las indicaciones. Esta falta de cumplimiento favorece la aparición de complicaciones clínicas, lo que a su vez incrementa la probabilidad de rehospitalización. En conjunto, el modelo evidencia cómo la calidad del lenguaje impacta directamente en los resultados en salud y en la eficiencia del sistema sanitario.



CAPÍTULO 10: HACIA UN MODELO DE COMUNICACIÓN CLÍNICA MEDIADORA: PROPUESTA PARA UNA PRÁCTICA MÉDICA MÁS ACCESIBLE Y EQUITATIVA

El análisis desarrollado a lo largo de esta obra ha evidenciado que el lenguaje médico, y en particular el uso de neologismos, constituye un elemento central en la calidad de la comunicación clínica. Las tensiones entre precisión técnica y accesibilidad, así como las desigualdades comunicativas identificadas, plantean la necesidad de avanzar hacia modelos que integren ambas dimensiones de manera equilibrada.(Fig. 10)

En este contexto, se propone un modelo de comunicación clínica mediadora, orientado a transformar el uso del lenguaje en la práctica médica. Este modelo no busca sustituir el lenguaje técnico, sino articularlo con estrategias discursivas que permitan su comprensión por parte del paciente, garantizando una atención más inclusiva, participativa y centrada en la persona (4,6).

10.1 FUNDAMENTOS DEL MODELO

El modelo de comunicación clínica mediadora se sustenta en tres principios fundamentales:

a) Principio de accesibilidad

El lenguaje utilizado en la interacción clínica debe ser comprensible para el paciente, independientemente de su nivel de alfabetización en salud. Esto implica adaptar el discurso sin sacrificar su rigor científico, reconociendo que la comprensión es un determinante clave de los resultados en salud (15,16).

b) Principio de mediación lingüística

El médico actúa como mediador entre el conocimiento especializado y el paciente. Su función no se limita a transmitir información, sino a traducirla, contextualizarla y hacerla significativa dentro del marco experiencial del paciente.

c) Principio de corresponsabilidad comunicativa

La comunicación es un proceso bidireccional en el que tanto el médico como el paciente participan activamente. El profesional debe facilitar la comprensión, mientras que el paciente debe ser invitado a expresar dudas y verificar su entendimiento, promoviendo así una toma de decisiones compartida (6,21).

10.2 ESTRUCTURA DEL MODELO DE COMUNICACIÓN MEDIADORA

El modelo propuesto se organiza en tres niveles interrelacionados:

Nivel técnico

Corresponde al uso del lenguaje médico especializado, incluyendo neologismos, necesario para la precisión diagnóstica y terapéutica. Este nivel es esencial en la práctica clínica, pero requiere adaptación en la interacción con el paciente (8,10).

Nivel mediador

Actúa como puente entre el lenguaje técnico y el paciente. Incluye estrategias discursivas como la reformulación, la analogía, la ejemplificación y la simplificación controlada. Estas estrategias han demostrado mejorar la comprensión y la adherencia terapéutica (3,4).

Nivel interactivo

Se centra en la participación activa del paciente, promoviendo el diálogo, la formulación de preguntas y la verificación de la comprensión. Este nivel reduce la asimetría comunicativa y fortalece la relación médico-paciente (6).

La eficacia del modelo radica en la capacidad del profesional para articular dinámicamente estos tres niveles durante la interacción clínica.

10.3 ESTRATEGIAS OPERATIVAS DEL MODELO

Para la implementación del modelo, se proponen las siguientes estrategias:

- **Identificación de términos críticos:** reconocer neologismos o términos técnicos que pueden generar dificultad de comprensión.
- **Reformulación inmediata:** acompañar cada término especializado con una explicación accesible.
- **Uso de analogías contextualizadas:** relacionar conceptos médicos con experiencias cotidianas del paciente.
- **Verificación de la comprensión:** mediante preguntas abiertas o reformulación por parte del paciente.
- **Adaptación sociocultural:** ajustar el lenguaje según el nivel educativo, cultural y experiencial del paciente.

Estas estrategias constituyen herramientas prácticas para reducir la opacidad del discurso médico y mejorar la calidad de la comunicación clínica.

10.4 COMPETENCIAS COMUNICATIVAS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

La implementación del modelo requiere el desarrollo de competencias específicas, entre las que destacan:

- Capacidad de traducción del lenguaje técnico
- Sensibilidad hacia las necesidades del paciente
- Identificación de barreras comunicativas
- Manejo de estrategias discursivas
- Actitud empática y disposición al diálogo

Estas competencias deben ser consideradas parte integral de la formación médica, al mismo nivel que las habilidades clínicas, en consonancia con los enfoques contemporáneos de medicina centrada en el paciente (4,6).

10.5 APLICACIÓN DEL MODELO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

El modelo de comunicación mediadora puede aplicarse en distintos momentos del acto médico:

- **Durante el diagnóstico:** explicando términos técnicos y asegurando la comprensión.
- **En la indicación del tratamiento:** detallando instrucciones de forma clara y comprensible.
- **En el seguimiento clínico:** verificando adherencia y resolviendo dudas.

Su implementación no requiere cambios estructurales complejos, sino una transformación en la práctica comunicativa del profesional.

10.6 BENEFICIOS DEL MODELO

- La adopción del modelo puede generar múltiples beneficios:
- Mejora en la comprensión del paciente
- Mayor adherencia al tratamiento
- Fortalecimiento de la relación médico-paciente
- Reducción de errores clínicos asociados a la comunicación

- Disminución de inequidades en salud

Estos beneficios se alinean con los principios de calidad asistencial y seguridad del paciente, al reducir eventos adversos derivados de la incomprensión (25,26).

10.7 INTEGRACIÓN DEL MODELO EN LA FORMACIÓN MÉDICA

Para lograr un impacto sostenido, es necesario integrar este modelo en la formación de los profesionales de la salud. Esto implica incorporar contenidos relacionados con:

- Comunicación clínica
- Análisis del lenguaje médico
- Uso de neologismos
- Estrategias de mediación lingüística

La formación en estas áreas permitirá desarrollar profesionales capaces de ejercer una medicina más humana, efectiva y equitativa.

10.8 LIMITACIONES Y DESAFÍOS DEL MODELO

La implementación del modelo enfrenta diversos desafíos:

- Limitaciones de tiempo en la consulta
- Falta de formación en habilidades comunicativas
- Resistencia al cambio en la práctica profesional
- Sobrecarga del sistema de salud

Superar estas barreras requiere no solo cambios individuales, sino también transformaciones institucionales y educativas.

10.9 PROYECCIÓN DEL MODELO

El modelo de comunicación clínica mediadora puede ser adaptado a distintos niveles de atención y contextos sanitarios. Su enfoque flexible permite su aplicación en entornos diversos, manteniendo como eje central la accesibilidad del lenguaje.

Asimismo, abre líneas de investigación futuras orientadas a evaluar su impacto en indicadores clínicos, adherencia terapéutica y satisfacción del paciente.

10.10 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El modelo de comunicación clínica mediadora constituye una respuesta a las problemáticas identificadas en el uso del lenguaje médico, especialmente en relación con los neologismos.

Al integrar la precisión científica con estrategias de mediación lingüística, este modelo transforma la comunicación en una herramienta de inclusión, favoreciendo la comprensión del paciente y mejorando la calidad de la atención.

Su implementación requiere el desarrollo de competencias comunicativas y un compromiso ético con la claridad del lenguaje, reconociendo que comunicar bien no es un complemento del acto médico, sino una de sus condiciones fundamentales.

Figura 10. Modelo de Comunicación Clínica Mediadora. Diagrama en capas que representa la articulación progresiva del lenguaje médico en tres niveles interrelacionados: el nivel técnico, centrado en la precisión científica; el nivel mediador, orientado a la adaptación y traducción del discurso; y el nivel interactivo, enfocado en la participación activa y la comprensión del paciente. El modelo ilustra cómo la integración de estos niveles favorece una comunicación clínica clara, empática y efectiva.



CAPÍTULO 11:

GLOSARIO CRÍTICO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS: HACIA UNA COMUNICACIÓN CLÍNICA ACCESIBLE

El presente glosario constituye una propuesta aplicada derivada del análisis desarrollado a lo largo de esta obra. A diferencia de los glosarios tradicionales, orientados exclusivamente a la definición técnica de los términos, este adopta un enfoque crítico y comunicativo, integrando no solo el significado de los neologismos, sino también su uso en la práctica clínica y su impacto potencial en la comprensión del paciente.

La necesidad de este tipo de herramientas se sustenta en la evidencia que demuestra que la falta de comprensión del lenguaje médico se asocia con menor adherencia terapéutica, mayor riesgo clínico y peores resultados en salud (16,17). En este sentido, el glosario busca reducir la brecha entre el conocimiento especializado y la experiencia del paciente, promoviendo una comunicación más accesible y efectiva.

11.1 ESTRUCTURA DEL GLOSARIO

Cada entrada del glosario se organiza en cuatro componentes:

- **Término médico (neologismo)**
- **Definición técnica**
- **Riesgo comunicativo**
- **Propuesta de mediación lingüística**

Esta estructura permite no solo comprender el término, sino también identificar sus posibles efectos en la interacción clínica y ofrecer alternativas discursivas para su uso adecuado.

11.2 GLOSARIO CRÍTICO DE NEOLOGISMOS

Síndrome metabólico

- **Definición técnica:** Conjunto de alteraciones metabólicas que incluyen obesidad abdominal, hipertensión, resistencia a la insulina y dislipidemia.
- **Riesgo comunicativo:** El término “síndrome” puede generar confusión o ser interpretado como una enfermedad única claramente definida.

- **Mediación sugerida:** “Es un conjunto de problemas de salud que suelen aparecer juntos y aumentan el riesgo de enfermedades como diabetes o problemas del corazón”.

Insulinorresistencia

- **Definición técnica:** Disminución de la respuesta celular a la acción de la insulina.
- **Riesgo comunicativo:** Alta abstracción conceptual; difícil de visualizar para el paciente.
- **Mediación sugerida:** “Su cuerpo no está usando bien la insulina, que es la hormona que ayuda a controlar el azúcar en la sangre”.

Hipoxemia

- **Definición técnica:** Disminución de la concentración de oxígeno en la sangre arterial.
- **Riesgo comunicativo:** Término técnico poco transparente.
- **Mediación sugerida:** “Tiene niveles bajos de oxígeno en la sangre, lo que puede afectar el funcionamiento de su cuerpo”.

Evento cerebrovascular

- **Definición técnica:** Alteración del flujo sanguíneo cerebral que produce daño neurológico.
- **Riesgo comunicativo:** Ambigüedad del término “evento”.
- **Mediación sugerida:** “Es lo que comúnmente se conoce como un derrame cerebral”.

Comorbilidad

- **Definición técnica:** Presencia simultánea de dos o más enfermedades en un paciente.
- **Riesgo comunicativo:** Término poco familiar para pacientes.
- **Mediación sugerida:** “Además de esta enfermedad, usted tiene otras condiciones de salud que también debemos considerar”.

Polifarmacia

- **Definición técnica:** Uso simultáneo de múltiples medicamentos.

- **Riesgo comunicativo:** Puede no ser comprendido como un factor de riesgo.
- **Mediación sugerida:** “Está tomando varios medicamentos al mismo tiempo, y eso requiere control para evitar efectos secundarios”.

Biomarcador

- **Definición técnica:** Indicador biológico medible que refleja un proceso fisiológico o patológico.
- **Riesgo comunicativo:** Alta abstracción científica.
- **Mediación sugerida:** “Es una señal en los exámenes que nos ayuda a ver cómo está funcionando su cuerpo o si hay alguna enfermedad”.

Tamizaje

- **Definición técnica:** Proceso de detección temprana de enfermedades en población aparentemente sana.
- **Riesgo comunicativo:** Uso poco común en el lenguaje cotidiano.
- **Mediación sugerida:** “Es un examen preventivo para detectar enfermedades antes de que aparezcan síntomas”.

Neoplasia

- **Definición técnica:** Crecimiento anormal de células que puede ser benigno o maligno.
- **Riesgo comunicativo:** Puede generar ansiedad o incomprensión.
- **Mediación sugerida:** “Es un crecimiento de células que puede ser benigno o, en algunos casos, cáncer”.

Dislipidemia

- **Definición técnica:** Alteración en los niveles de lípidos en sangre.
- **Riesgo comunicativo:** Término técnico complejo.
- **Mediación sugerida:** “Tiene alterados los niveles de grasa en la sangre, como el colesterol o los triglicéridos”.

11.3 ANÁLISIS CRÍTICO DEL GLOSARIO

El conjunto de términos presentados evidencia que muchos neologismos utilizados en la práctica clínica poseen una alta densidad semántica y baja transparencia para el paciente, lo que puede generar opacidad comunicativa (10,11).

Este análisis confirma que el problema no radica únicamente en la complejidad conceptual, sino en la forma en que los términos son comunicados. La ausencia de mediación lingüística limita la comprensión y refuerza las barreras en la interacción médico-paciente.

Sin embargo, el glosario demuestra que, mediante estrategias simples de reformulación, es posible transformar términos complejos en mensajes accesibles sin perder rigor científico. En este sentido, el lenguaje médico puede convertirse en una herramienta de inclusión.

11.4 EL GLOSARIO COMO HERRAMIENTA FORMATIVA

Este glosario no debe ser entendido como un listado cerrado, sino como un modelo adaptable a distintos contextos clínicos. Su valor radica en su potencial pedagógico, tanto en la formación de profesionales como en la práctica asistencial.

Incorporar este tipo de recursos en la educación médica permite desarrollar competencias comunicativas y sensibilizar sobre el impacto del lenguaje en la calidad de la atención (4).

Asimismo, se alinea con los principios de alfabetización en salud, promoviendo el acceso equitativo a la información (15).

11.5 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El glosario crítico de neologismos médicos constituye una herramienta innovadora que integra el conocimiento técnico con la reflexión comunicativa. A través de la identificación de riesgos y la propuesta de estrategias de mediación, contribuye a una práctica médica más accesible, comprensible y centrada en el paciente.

Este enfoque reafirma que el lenguaje médico no es únicamente un medio de transmisión de información, sino un componente esencial del cuidado en salud.

CAPÍTULO 12: ASPECTOS ÉTICOS DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA Y EL USO DE NEOLOGISMOS

La comunicación en medicina no constituye únicamente un proceso técnico orientado a la transmisión de información, sino un acto profundamente ético que incide en la dignidad, la autonomía y el bienestar del paciente. En este contexto, el uso del lenguaje médico —y en particular de los neologismos— adquiere una relevancia que trasciende lo lingüístico, situándose en el núcleo mismo de la relación clínica.

Este capítulo aborda los aspectos éticos de la comunicación médica, analizando el papel de los neologismos desde la perspectiva de los principios bioéticos fundamentales y su impacto en la práctica clínica. Se propone, además, una reflexión sobre la responsabilidad del profesional de la salud en la construcción de una comunicación clara, inclusiva y respetuosa.

12.1 LA COMUNICACIÓN COMO ACTO ÉTICO EN MEDICINA

Toda interacción entre el médico y el paciente implica una dimensión ética, en la medida en que afecta directamente la toma de decisiones, la comprensión de la enfermedad y la experiencia del cuidado. El lenguaje no es un instrumento neutral, sino un medio a través del cual se ejercen responsabilidades profesionales.

La elección de palabras, el nivel de tecnicidad del discurso y la disposición para explicar o aclarar conceptos forman parte del ejercicio ético de la medicina. Comunicar no es simplemente informar, sino garantizar que el mensaje sea comprendido en condiciones que respeten la dignidad del paciente (20).

12.2 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y COMPRENSIÓN DEL PACIENTE

El principio de autonomía reconoce el derecho del paciente a tomar decisiones informadas sobre su salud. Sin embargo, este derecho solo puede ejercerse plenamente cuando la información proporcionada es comprensible.

El uso de neologismos sin mediación compromete este principio, ya que dificulta la comprensión del paciente y limita su capacidad para evaluar opciones terapéuticas. En este sentido, la incomprensión no es un problema menor, sino una vulneración indirecta de la autonomía (22).

Garantizar la comprensión implica no solo proporcionar información, sino adaptarla al nivel cognitivo y cultural del paciente, asegurando su participación activa en el proceso clínico.

12.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LENGUAJE ACCESIBLE

El consentimiento informado constituye una de las expresiones más concretas del respeto a la autonomía. Para que este sea válido, es indispensable que el paciente comprenda la naturaleza de su condición, las opciones de tratamiento, los riesgos y los beneficios.

El uso de lenguaje técnico no explicado puede invalidar este proceso, al generar decisiones basadas en información incomprensible. En este contexto, la claridad del lenguaje se convierte en un requisito ético y legal (20,22).

El profesional de la salud tiene la responsabilidad de traducir los conceptos médicos a un lenguaje accesible, sin distorsionar la información, garantizando así que el consentimiento sea verdaderamente informado.

12.4 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA Y CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN

El principio de beneficencia obliga al profesional a actuar en beneficio del paciente, promoviendo su bienestar. La comunicación clara forma parte de este principio, en la medida en que facilita la comprensión, la adherencia al tratamiento y la toma de decisiones adecuadas (20).

El uso de neologismos sin mediación puede obstaculizar este objetivo, generando confusión o inseguridad. Por el contrario, una comunicación adaptada contribuye directamente al bienestar del paciente y a la efectividad del acto terapéutico.

12.5 PRINCIPIO DE NO MALEFICENCIA Y DAÑO COMUNICATIVO

El principio de no maleficencia establece la obligación de no causar daño. Este principio también es aplicable al ámbito comunicativo.

La incomprensión del lenguaje médico puede generar daño indirecto, al provocar errores en el cumplimiento del tratamiento, ansiedad, desinformación o decisiones inadecuadas (3). Este fenómeno puede conceptualizarse como daño comunicativo, entendido como el perjuicio derivado de una comunicación ineficaz.

El uso indiscriminado de neologismos sin explicación adecuada constituye un factor de riesgo que debe ser evitado mediante prácticas lingüísticas responsables.

12.6 PRINCIPIO DE JUSTICIA Y EQUIDAD COMUNICATIVA

El principio de justicia implica garantizar un trato equitativo a todos los pacientes. En el ámbito comunicativo, esto se traduce en la necesidad de adaptar el lenguaje a las características individuales del paciente.

El uso de neologismos sin mediación afecta de manera desproporcionada a los pacientes con menor alfabetización en salud, contribuyendo a la reproducción de desigualdades (15,16).

En este sentido, la comunicación médica debe orientarse a reducir estas brechas, promoviendo el acceso equitativo al conocimiento y fortaleciendo la inclusión en el proceso de atención.

12.7 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EL USO DEL LENGUAJE

El lenguaje médico es parte del ejercicio profesional y, como tal, implica responsabilidad. El médico no solo debe dominar el conocimiento técnico, sino también ser capaz de comunicarlo de manera adecuada.

Esta responsabilidad incluye:

- Reconocer las limitaciones del paciente en la comprensión del lenguaje técnico
- Adaptar el discurso al contexto sociocultural
- Verificar la comprensión de la información
- Evitar el uso innecesario de términos complejos sin explicación

El uso consciente del lenguaje constituye una competencia ética esencial en la práctica clínica.

12.8 ÉTICA DE LA MEDIACIÓN LINGÜÍSTICA

A partir de lo anterior, se propone el concepto de ética de la mediación lingüística, entendido como el compromiso del profesional de traducir el conocimiento médico de manera comprensible, sin perder su rigor científico.

Esta ética implica:

- Priorizar la comprensión del paciente

- Reconocer el lenguaje como herramienta de inclusión
- Evitar la opacidad comunicativa
- Promover la participación activa del paciente

La mediación lingüística no es una concesión, sino una obligación ética inherente al acto médico.

12.9 DESAFÍOS ÉTICOS EN CONTEXTOS REALES DE PRÁCTICA

La implementación de una comunicación ética enfrenta desafíos en la práctica clínica, especialmente en contextos de alta demanda asistencial, limitaciones de tiempo y sobrecarga laboral.

Sin embargo, estos factores no eximen al profesional de su responsabilidad ética. Por el contrario, refuerzan la necesidad de desarrollar estrategias comunicativas eficientes que permitan optimizar el tiempo sin comprometer la comprensión del paciente.

12.10 SÍNTESIS DEL CAPÍTULO

El uso de neologismos en la comunicación médica no es una cuestión meramente lingüística, sino un fenómeno con profundas implicaciones éticas. Su impacto en la comprensión del paciente, en la toma de decisiones y en la equidad en salud exige una reflexión crítica sobre su uso en la práctica clínica.

A la luz de los principios bioéticos, se hace evidente que la claridad del lenguaje no es opcional, sino una responsabilidad fundamental del profesional de la salud. La mediación lingüística se configura así como un componente esencial de una medicina ética, centrada en el respeto, la dignidad y la autonomía del paciente.

ESQUEMA BIOÉTICO

Figura 11. El esquema bioético representa una relación interdependiente entre cuatro elementos clave de la práctica clínica: el lenguaje, la autonomía, el consentimiento informado y la seguridad del paciente. El lenguaje actúa como punto de partida, ya que de su claridad depende que el paciente pueda comprender su situación. Esta comprensión permite el ejercicio de la autonomía, que se concreta en un consentimiento informado válido. A su vez, este proceso contribuye a la seguridad del paciente, al reducir errores y favorecer decisiones adecuadas. El modelo destaca que la comunicación no es solo un medio técnico, sino un eje ético fundamental en la atención en salud.



CONCLUSIONES GENERALES

El presente libro ha abordado el lenguaje médico desde una perspectiva integral, articulando el análisis lingüístico, discursivo y sociocomunicativo con el estudio empírico de la práctica clínica en el contexto ecuatoriano.

Uno de sus principales aportes radica en la problematización del uso de neologismos en el discurso médico. Estos no solo representan innovación lingüística, sino también unidades de alta densidad semántica que, sin mediación adecuada, pueden generar opacidad comunicativa y limitar la comprensión del paciente.

El análisis desarrollado ha evidenciado que la comunicación médico-paciente se sitúa en una tensión constante entre precisión científica y accesibilidad. Esta tensión no constituye un conflicto irresoluble, sino un desafío que debe ser gestionado mediante estrategias discursivas adecuadas.

En el contexto ecuatoriano, caracterizado por diversidad sociocultural y desigualdades en alfabetización en salud, esta problemática adquiere especial relevancia. La comprensión del paciente no puede asumirse como un hecho dado, sino como un proceso que debe ser construido activamente en la interacción clínica.

Los resultados empíricos confirman la alta presencia de neologismos y la variabilidad en su uso, evidenciando que la competencia comunicativa del profesional de la salud es un factor determinante en la calidad de la atención.

Asimismo, se ha demostrado que el lenguaje médico puede actuar como un mecanismo de reproducción de desigualdades, al limitar el acceso al conocimiento en determinados grupos poblacionales. En este sentido, la comunicación clínica constituye un espacio donde se articulan dimensiones científicas, sociales y éticas.

Frente a este escenario, la obra propone el modelo de comunicación clínica mediadora, basado en los principios de accesibilidad, mediación lingüística y corresponsabilidad comunicativa. Este modelo permite integrar el rigor científico con la comprensión del paciente, sin simplificar el conocimiento, sino transformándolo discursivamente.

El glosario crítico presentado refuerza esta propuesta, ofreciendo una herramienta concreta para la práctica clínica y la formación médica. (Fig. 12)

Figura 12. Esta infografía presenta de manera simplificada el enfoque del glosario crítico, mostrando la relación entre tres elementos clave: el término médico, el riesgo comunicativo y la explicación accesible. El esquema parte del uso de un neologismo, identifica las posibles dificultades de comprensión que puede generar en el paciente y propone una traducción en lenguaje claro. Su objetivo es evidenciar cómo una adecuada mediación lingüística puede transformar conceptos complejos en mensajes comprensibles, favoreciendo desde una perspectiva ética, se reafirma que la claridad del lenguaje es una responsabilidad fundamental del profesional de la salud. Garantizar la comprensión del paciente es una condición indispensable para el respeto de su autonomía y para la calidad de la atención.



GLOSARIO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS

DEFINICIONES Y SIGNIFICADO CLÍNICO

Este glosario reúne neologismos de uso frecuente en la medicina contemporánea, con definiciones técnicas claras orientadas a facilitar su comprensión y aplicación en la práctica clínica.

A

Adherencia terapéutica

Grado en que el paciente sigue correctamente las indicaciones médicas, incluyendo medicación, dieta y cambios en el estilo de vida.

Antimicrobiano-resistencia

Capacidad de los microorganismos para resistir los efectos de medicamentos diseñados para eliminarlos.

B

Biomarcador

Indicador biológico medible que refleja procesos fisiológicos, patológicos o respuestas a tratamientos.

Bioequivalencia

Relación entre dos medicamentos que tienen el mismo efecto terapéutico y biodisponibilidad similar.

C

Comorbilidad

Presencia simultánea de dos o más enfermedades en un mismo paciente.

Cronobiología

Estudio de los ritmos biológicos y su influencia en los procesos fisiológicos.

D

Disbiosis

Alteración del equilibrio normal de la microbiota, especialmente intestinal.

Dislipidemia

Alteración en los niveles de lípidos (colesterol y triglicéridos) en la sangre.

E**Epigenética**

Estudio de los cambios en la expresión genética que no implican alteraciones en la secuencia del ADN.

Evidencia basada en medicina (EBM)

Enfoque clínico que integra la mejor evidencia científica disponible con la experiencia médica y las preferencias del paciente.

F**Farmacovigilancia**

Monitoreo y evaluación de los efectos adversos de los medicamentos.

G**Genómica**

Estudio del conjunto completo de genes de un organismo.

H**Hipoxemia**

Disminución de los niveles de oxígeno en la sangre arterial.

I**Inmunomodulación**

Modificación de la respuesta del sistema inmunológico mediante agentes terapéuticos.

M**Medicina personalizada**

Enfoque terapéutico basado en las características genéticas, ambientales y de estilo de vida del paciente.

Multimorbilidad

Presencia de múltiples enfermedades crónicas en un mismo individuo.

N**Neoplasia**

Crecimiento anormal de células que puede ser benigno o maligno.

O**Oxigenoterapia**

Administración terapéutica de oxígeno para tratar condiciones de hipoxia.

P**Polifarmacia**

Uso simultáneo de múltiples medicamentos por un paciente.

Proinflamatorio

Que promueve o favorece la inflamación.

R**Rehospitalización**

Ingreso hospitalario repetido en un periodo corto tras el alta.

S**Síndrome metabólico**

Conjunto de alteraciones que aumentan el riesgo cardiovascular y metabólico.

T**Telemedicina**

Prestación de servicios de salud a distancia mediante tecnologías de la información y comunicación.

Tamizaje

Proceso de detección precoz de enfermedades en población aparentemente sana.

V

Variabilidad biológica

Diferencias naturales en parámetros fisiológicos entre individuos o en un mismo individuo a lo largo del tiempo.

GLOSARIO AMPLIADO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS

(Ginecología, Obstetricia, Genética y Pediatría)

Este glosario reúne términos contemporáneos de uso frecuente en distintas áreas médicas, con especial énfasis en su aplicabilidad clínica y comprensión conceptual.

GINECOLOGÍA

Anovulación

Ausencia de ovulación durante el ciclo menstrual.

Endometriosis

Presencia de tejido endometrial fuera del útero, que puede causar dolor e infertilidad.

Hiperplasia endometrial

Engrosamiento anormal del endometrio, asociado a desequilibrios hormonales.

Dispareunia

Dolor durante las relaciones sexuales.

Vaginosi bacteriana

Alteración de la flora vaginal normal con predominio de bacterias anaerobias.

Citología cervical (Papanicolaou)

Prueba de tamizaje para detectar lesiones precancerosas del cuello uterino.

HPV (Virus del Papiloma Humano)

Virus asociado a lesiones cervicales y cáncer de cuello uterino.

Amenorrea

Ausencia de menstruación en edad reproductiva.

Oligomenorrea

Ciclos menstruales poco frecuentes.

Dismenorrea

Dolor asociado a la menstruación.

OBSTETRICIA**Preeclampsia**

Trastorno del embarazo caracterizado por hipertensión y daño a órganos, generalmente después de las 20 semanas.

Eclampsia

Complicación grave de la preeclampsia con convulsiones.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

Disminución del crecimiento fetal esperado para la edad gestacional.

Parto pretérmino

Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.

Corioamnionitis

Infección de las membranas fetales.

Placenta previa

Implantación anormal de la placenta en la parte inferior del útero.

Desprendimiento prematuro de placenta

Separación precoz de la placenta antes del parto.

Apgar

Escala de evaluación clínica del recién nacido al minuto y a los 5 minutos de vida.

Líquido amniótico meconial

Presencia de meconio en el líquido amniótico, asociado a sufrimiento fetal.

Inducción del parto

Estimulación artificial del trabajo de parto.

GENÉTICA

Epigenética

Cambios en la expresión génica sin modificación de la secuencia del ADN.

Mutación genética

Alteración en la secuencia del ADN.

Polimorfismo genético

Variación genética frecuente en la población que no necesariamente causa enfermedad.

Genotipo

Conjunto de genes de un individuo.

Fenotipo

Características observables resultantes de la interacción entre genes y ambiente.

Herencia autosómica dominante

Transmisión genética donde basta una copia del gen alterado para manifestar la enfermedad.

Herencia autosómica recesiva

Requiere dos copias del gen alterado para expresar la enfermedad.

Microdelección

Pérdida de un pequeño fragmento de material genético.

Secuenciación genética

Determinación del orden de los nucleótidos en el ADN.

Medicina genómica

Aplicación del conocimiento genético en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

PEDIATRÍA

Lactancia materna exclusiva

Alimentación del lactante únicamente con leche materna durante los primeros 6 meses.

Ictericia neonatal

Coloración amarillenta de la piel en recién nacidos por aumento de bilirrubina.

Sepsis neonatal

Infección grave en el recién nacido.

Prematuridad

Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.

Bajo peso al nacer

Peso inferior a 2500 gramos al nacimiento.

Desarrollo psicomotor

Adquisición progresiva de habilidades motoras, cognitivas y sociales.

Vacunación

Administración de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas.

Bronquiolitis

Infección respiratoria baja frecuente en lactantes.

Asfixia perinatal

Falta de oxígeno durante el periodo perinatal.

Encefalopatía hipóxico-isquémica

Daño cerebral por falta de oxígeno en el recién nacido.

TÉRMINOS TRANSVERSALES RELEVANTES

- Telemedicina
- Atención médica a distancia mediante tecnologías digitales.
- Medicina basada en evidencia

- Uso de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones clínicas.
- Humanización de la atención
- Enfoque centrado en el respeto, dignidad y bienestar del paciente.
- Seguridad del paciente
- Conjunto de prácticas destinadas a prevenir errores y eventos adversos

GLOSARIO CRÍTICO DE NEOLOGISMOS MÉDICOS

Con mediación lingüística para la comunicación médico-paciente

Este glosario integra definición técnica, riesgo comunicativo y una propuesta de mediación lingüística orientada a traducir el lenguaje médico en términos comprensibles para el paciente, favoreciendo así una comunicación clínica más clara, accesible y centrada en la persona.

GINECOLOGÍA

Endometriosis

- **Definición técnica:** Presencia de tejido endometrial fuera del útero.
- **Riesgo comunicativo:** Alta carga conceptual; puede generar ansiedad.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es cuando el tejido que normalmente está dentro del útero crece en otros lugares, lo que puede causar dolor y dificultad para embarazarse”.

Anovulación

- **Definición técnica:** Ausencia de liberación del óvulo.
- **Riesgo comunicativo:** Concepto abstracto.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Su ovario no está liberando el óvulo como debería en cada ciclo”.

Dispareunia

- **Definición técnica:** Dolor durante las relaciones sexuales.
- **Riesgo comunicativo:** Término poco familiar.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es el dolor que usted siente durante las relaciones sexuales”.

Hiperplasia endometrial

- **Definición técnica:** Engrosamiento anormal del endometrio.
- **Riesgo comunicativo:** Puede asociarse erróneamente con cáncer.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “El revestimiento del útero está más grueso de lo normal y debemos evaluarlo”.

Vaginosis bacteriana

- **Definición técnica:** Desequilibrio de la flora vaginal.
- **Riesgo comunicativo:** Confusión con infecciones de transmisión sexual.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es un cambio en las bacterias normales de la vagina, no siempre es una infección grave”.

OBSTETRICIA

Preeclampsia

- **Definición técnica:** Trastorno hipertensivo del embarazo con compromiso orgánico.
- **Riesgo comunicativo:** Término alarmante.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es una complicación del embarazo donde sube la presión y puede afectar su salud y la del bebé”.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU)

- **Definición técnica:** Crecimiento fetal por debajo de lo esperado.
- **Riesgo comunicativo:** Genera preocupación inmediata.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “El bebé está creciendo más pequeño de lo esperado y debemos vigilarlo”.

Parto pretérmino

- **Definición técnica:** Nacimiento antes de las 37 semanas.
- **Riesgo comunicativo:** Puede no dimensionarse el riesgo.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “El parto se está adelantando antes del tiempo normal”.

Corioamnionitis

- **Definición técnica:** Infección de las membranas fetales.
- **Riesgo comunicativo:** Alta complejidad técnica.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es una infección en las membranas que rodean al bebé dentro del útero”.

Desprendimiento prematuro de placenta

- **Definición técnica:** Separación de la placenta antes del parto.
- **Riesgo comunicativo:** Urgencia no comprendida.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “La placenta se está separando antes de tiempo, y eso puede afectar al bebé”.

GENÉTICA

Epigenética

- **Definición técnica:** Cambios en la expresión génica sin alterar el ADN.
- **Riesgo comunicativo:** Muy abstracto.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Son cambios en cómo funcionan sus genes, sin que cambie su información genética”.

Mutación genética

- **Definición técnica:** Alteración en la secuencia del ADN.
- **Riesgo comunicativo:** Asociado automáticamente a enfermedad grave.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es un cambio en la información genética; algunos causan enfermedades y otros no”.

Genotipo

- **Definición técnica:** Conjunto de genes de un individuo.
- **Riesgo comunicativo:** Concepto teórico.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es la información genética que usted tiene”.

Fenotipo

- **Definición técnica:** Características observables de un individuo.

- **Riesgo comunicativo:** Confusión con genética pura.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Son las características visibles, como su apariencia o cómo funciona su cuerpo”.

Secuenciación genética

- **Definición técnica:** Análisis del orden del ADN.
- **Riesgo comunicativo:** Puede parecer complejo o invasivo.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es un estudio que analiza su información genética en detalle”.

PEDIATRÍA

Ictericia neonatal

- **Definición técnica:** Elevación de bilirrubina en el recién nacido.
- **Riesgo comunicativo:** Puede generar alarma innecesaria.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es cuando el bebé se pone un poco amarillo, algo frecuente que generalmente se controla”.

Sepsis neonatal

- **Definición técnica:** Infección sistémica grave en el recién nacido.
- **Riesgo comunicativo:** Término altamente alarmante.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es una infección fuerte en el bebé que necesita tratamiento inmediato”.

Prematuridad

- **Definición técnica:** Nacimiento antes de término.
- **Riesgo comunicativo:** Minimización del problema.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “El bebé nació antes de tiempo y puede necesitar cuidados especiales”.

Asfixia perinatal

- **Definición técnica:** Falta de oxígeno en el periodo perinatal.
- **Riesgo comunicativo:** Muy técnico.

- **Cómo explicarlo al paciente:** “El bebé tuvo falta de oxígeno alrededor del nacimiento”.

Encefalopatía hipóxico-isquémica

- **Definición técnica:** Daño cerebral por falta de oxígeno.
- **Riesgo comunicativo:** Alta carga emocional.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es un problema en el cerebro del bebé causado por falta de oxígeno”.

TRANSVERSALES

Polifarmacia

- **Definición técnica:** Uso de múltiples medicamentos.
- **Riesgo comunicativo:** Subestimado.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Está tomando varios medicamentos al mismo tiempo y debemos controlarlos bien”.

Comorbilidad

- **Definición técnica:** Presencia de varias enfermedades simultáneas.
- **Riesgo comunicativo:** Poco comprendido.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Además de esta enfermedad, tiene otras que también debemos considerar”.

Telemedicina

- **Definición técnica:** Atención médica a distancia.
- **Riesgo comunicativo:** Dudas sobre calidad.
- **Cómo explicarlo al paciente:** “Es atención médica a través de teléfono o internet”.

REFLEXIÓN FINAL DEL GLOSARIO

Este glosario evidencia que **el problema no es el neologismo en sí**, sino su uso sin mediación. Cada término técnico puede convertirse en una herramienta de comprensión o en una barrera comunicativa, dependiendo de cómo sea transmitido.

La incorporación sistemática de estrategias de explicación al paciente permite transformar el lenguaje médico en un instrumento de inclusión, fortaleciendo la relación clínica y mejorando los resultados en salud.

REFERENCIAS

Comunicación médico–paciente

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 3rd ed. Oxford: Radcliffe; 2013.
2. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J*. 2010;10(1):38–43.
3. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. *Patient Educ Couns*. 2009;74(3):295–301.
4. Epstein RM, Street RL Jr. *Patient-Centered Communication in Cancer Care*. NCI; 2007.
5. Levinson W, Pizzo PA. *JAMA*. 2011;305(17):1802–3.
6. Stewart M. Effective physician-patient communication. *CMAJ*. 1995;152(9):1423–33.
7. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. *Soc Sci Med*. 1995;40(7):903–18.

Lenguaje médico y neologismos

8. Cabré MT. *Terminology: Theory, Methods and Applications*. 1999.
9. Sager JC. *Terminology Processing*. 1990.
10. Temmerman R. *New Ways of Terminology Description*. 2000.
11. Crystal D. *Cambridge Encyclopedia of the English Language*. 2019.
12. Cook G. *Discourse and Literature*. 1994.
13. Halliday MAK. *Language as Social Semiotic*. 1978.
14. Lyons J. *Semantics*. Cambridge; 1977.

Alfabetización en salud

15. Nutbeam D. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
16. Berkman ND et al. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97–107.
17. Sørensen K et al. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
18. WHO. *Health Literacy: The Solid Facts*. 2013.
19. Kickbusch I. Health literacy challenges. *Health Promot Int*. 2001.

Bioética

20. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 2019.
21. Emanuel EJ, Emanuel LL. *JAMA*. 1992;267:2221–6.
22. Gillon R. *BMJ*. 1994;309:184–8.
23. Katz J. *The Silent World of Doctor and Patient*. 2002.
24. Pellegrino ED. *J Med Philos*. 2002.

Seguridad del paciente

25. WHO. *Patient Safety*. 2017.
26. Institute of Medicine. *To Err is Human*. 2000.
27. AHRQ. Health Literacy Toolkit. 2015.
28. Vincent C. *Patient Safety*. Wiley; 2010.

Medicina basada en evidencia

29. Sackett DL et al. *BMJ*. 1996;312:71–2.
30. Greenhalgh T. *How to Read a Paper*. 2019.
31. Guyatt G et al. *Users' Guides to the Medical Literature*. 2015.

Análisis del discurso

32. Fairclough N. *Discourse and Social Change*. 1992.
33. Wodak R, Meyer M. *Critical Discourse Analysis*. 2016.
34. van Dijk TA. *Discourse and Power*. 2008.
35. Gee JP. *An Introduction to Discourse Analysis*. 2014.

Humanización de la medicina

36. Charon R. *JAMA*. 2001;286:1897–902.
37. Halpern J. *From Detached Concern to Empathy*. 2001.
38. Montori VM. *Why We Revolt*. 2020.
39. Kleinman A. *The Illness Narratives*. 1988.

Ginecología y obstetricia

40. Cunningham FG et al. *Williams Obstetrics*. 26th ed. 2022.

41. Berek JS. *Berek & Novak's Gynecology*. 16th ed. 2020.

42. ACOG Practice Bulletin. Obstetrics guidelines. 2020.

Pediatría

43. Kliegman RM et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. 2020.

44. WHO. Neonatal care guidelines. 2019.

Genética

45. Nussbaum RL et al. *Thompson & Thompson Genetics in Medicine*. 2016.

46. Strachan T, Read AP. *Human Molecular Genetics*. 2018.

47. Collins FS. Medical genomics. *N Engl J Med*. 2010.

Otros relevantes

48. WHO. Quality of care framework. 2018.

49. Institute for Healthcare Improvement. Patient-centered care.

50. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA*. 1999

SOBRE OS AUTORES

Martha Verónica Placencia Ibadango

Universidad de Guayaquil

Silvia Maribel Placencia Ibadango

Universidad de Guayaquil

Ramon Miguel Vargas Vera

Universidad de Guayaquil/Universidad Católica Santiago de Guayaquil

REALIZAÇÃO:



ACESSE NOSSO CATÁLOGO!



WWW.SEVENPUBLI.COM

CONECTANDO O **PESQUISADOR** E A **CIÊNCIA** EM UM SÓ CLIQUE.