

## ARTICULO REFLEXIÓN

**La palabra justa: cuando nombrar en salud es también un  
acto de cuidado****The right word: when naming in health is also an act of care***A palavra certa: quando nomear em saúde também é um ato de cuidado***Iván Ariel Viera<sup>1</sup>****RESUMEN**

**Introducción:** la comunicación resulta ser un eslabón indispensable en proceso de atención de enfermería, esta habilidad ayudaría alcanzar un real cuidado integral. **Objetivo:** Reflexionar sobre el papel del lenguaje técnico en ciencias de la salud como herramienta de humanización y no solo como requisito metodológico. **Método:** Análisis crítico y reflexivo basado en la experiencia profesional y la revisión de literatura sobre terminología en salud. **Hallazgos:** Se identifican tensiones entre la precisión técnica necesaria y la distancia que puede generar con las personas cuidadas. **Conclusiones:** El manejo consciente del lenguaje constituye una competencia profesional que merece atención formativa y reflexiva.

poblacional y

**Palabras clave:** Terminología; Comunicación en Salud; Humanización de la Atención; Relaciones Profesional-Paciente; Conocimiento

**Para citar este documento**

Viera IA. La palabra justa: cuando nombrar en salud es también un acto de cuidado. *Rev. Unidad Sanit. XXI*. 2026; 6(20): 80-94 Disponible en: <https://ojs-revunidadesanitaria.com.ar/index.php/rus/>

**Fecha de envío:** 07/03/2026**Fecha de aceptación:** 02/05/2026**Fecha de publicación:** 30/06/2026

<sup>1</sup> Licenciando en Enfermería. Magíster en Docencia Universitaria. Universidad Nacional de Rosario, Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas. Rosario, Argentina Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6322-2087> Correo: [arielviera36@gmail.com](mailto:arielviera36@gmail.com)



**ABSTRACT**

**Introduction:** Communication is an indispensable link in the nursing care process; this skill helps to achieve truly comprehensive care. **Objective:** To reflect on the role of technical language in health sciences as a tool for humanization and not just as a methodological requirement. **Method:** Critical and reflective analysis based on professional experience and literature review on health terminology. **Results:** Tensions are identified between the necessary technical precision and the distance it may create with the cared-for individuals. **Conclusions:** Conscious management of language constitutes a professional competence that deserves formative and reflective attention.

**Descriptors:** Terminology; Health Communication; Humanization of Care; Professional-Patient Relations; Knowledge

**RESUMO**

**Introdução:** A comunicação é um elo indispensável no processo de enfermagem; essa habilidade contribui para alcançar um cuidado verdadeiramente integral. **Objetivo:** Refletir sobre o papel da linguagem técnica nas ciências da saúde como ferramenta de humanização e não apenas como requisito metodológico. **Método:** Análise crítica e reflexiva baseada na experiência profissional e na revisão da literatura sobre terminologia em saúde. **Resultados:** Identificam-se tensões entre a precisão técnica necessária e a distância que pode gerar com as pessoas cuidadas. **Conclusões:** O manejo consciente da linguagem constitui uma competência profissional que merece atenção formativa e reflexiva.

Palavras-chave: Terminologia; Comunicação em Saúde; Humanização da Assistência; Relações Profissional-Paciente; Conhecimento



## **INTRODUCCIÓN**

Cualquiera que haya pasado tiempo en un hospital podría contar una escena parecida. Una sala de espera, una mujer mayor que sostiene un papel arrugado entre los dedos. En ese papel alguien escribió "neoplasia de mama con metástasis óseas". Los ojos se le ven cansados, como si hubiera llorado o hubiera dormido mal durante días. La pregunta que hace no tiene nada de técnica. Mira al profesional y pregunta bajito: "¿Esto es malo?". El hijo, sentado al lado, traduce enseguida lo que la madre no se anima a formular del todo: "Ella quiere saber si es cáncer". No estaba pidiendo un diccionario médico. Estaba pidiendo que alguien le tomara la mano y le pusiera palabras justas al miedo que ya sentía.

Esa distancia entre lo que un informe dice y lo que una persona puede soportar escuchar es el terreno donde se mueve este trabajo. Porque el lenguaje en salud no es un adorno ni una formalidad. Como señala Waldow<sup>1</sup>, el cuidado en enfermería se expresa y se concreta a través de acciones verbales y no verbales, siendo el diálogo una de las formas más significativas de la relación cuidativa<sup>1</sup>. Pero para que exista diálogo hace falta un puente, palabras que acerquen dos mundos que a menudo se tocan, pero no se entienden. La pregunta que recorre estas páginas es bastante directa: ¿cómo puede el lenguaje técnico, que a veces parece un muro, volverse un vehículo de humanización?

Conviene detenerse un momento en esa imagen del muro, porque no es una metáfora exagerada. Quienes trabajan en salud saben que hay un momento exacto en que la palabra puede separar o unir. Cuando un profesional dice "usted tiene una neoplasia" y la persona que escucha solo entiende que algo grave está pasando, pero no sabe qué, se ha levantado una pared. En cambio, cuando alguien se toma el tiempo de decir "vamos a explicarlo juntos, quiero que entienda lo que está pasando", algo empieza a construirse. No es solo cuestión de traducir términos; es cuestión de disposición, de estar presente, de no escudarse en la jerga para evitar la conversación difícil.

Este texto no pretende dar recetas. Pretende, más bien, compartir una serie de reflexiones que fueron madurando con los años, al calor de encuentros con pacientes, con colegas, con estudiantes. Porque el lenguaje no se aprende solamente en los libros. Se aprende, sobre todo, en el cara a cara, cuando uno se da cuenta de que una palabra fuera de lugar puede hacer más daño que un procedimiento mal hecho, y que una palabra dicha a tiempo puede ser tan terapéutica como un medicamento.



## **MÉTODO**

El presente trabajo adopta un enfoque cualitativo, sustentado en un análisis crítico-reflexivo. se articula la experiencia profesional de la autora con una revisión narrativa de literatura sobre terminología en salud, comunicación y humanización del cuidado. se consultaron fuentes teóricas clásicas de la enfermería, documentos oficiales sobre los descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y estudios contemporáneos en el área, con el fin de sustentar la reflexión y ofrecer un marco comprensivo.

## **HALLAZGOS**

### **La arquitectura invisible del lenguaje científico**

Cuando se inicia la carrera, los descriptores DeCS y MeHS suelen parecer un requisito burocrático. fue durante una capacitación en la biblioteca virtual en salud que se comprendió su verdadero sentido: estábamos frente a un lenguaje común que permitía que investigadores de distintos países dialogaran sobre los mismos problemas. el tesoro DeCS constituye el vocabulario de referencia para organizar y recuperar la literatura científica y técnica sobre salud<sup>2</sup>. es, en palabras de sus creadores, "una terminología común para investigación en tres idiomas, proporcionando un medio consistente y único para la recuperación de la información independientemente del idioma"<sup>3</sup>. los lenguajes controlados, como DeCS y MeHS, no son solo herramientas metodológicas; constituyen un puente que permite la colaboración interdisciplinaria e intercultural, colocando a la persona en el centro de una atención coordinada y segura. esta coordinación, que reduce errores y fragmentaciones, es en sí misma un acto de humanización.

La edición 2025 de DeCS ha incorporado 206 nuevos descriptores, incluyendo términos como "inteligencia artificial generativa" y "cirugía de afirmación de género"<sup>4</sup>. esto no es solo actualización técnica. Es reconocimiento de que el lenguaje científico debe acompañar las transformaciones sociales de nuestro tiempo. esta capacidad de adaptación refleja cómo el lenguaje técnico, al nombrar realidades emergentes, reconoce la diversidad y promueve una atención inclusiva, lo cual constituye un pilar de la humanización. en el ámbito de la salud cobra una importancia fundamental la comprensión del uso del lenguaje y sus efectos en las prácticas que se producen cuando interactúan profesionales y usuarios<sup>5</sup>.



### **Cuando la palabra nombra lo que se es.**

Hay una tensión que quienes trabajan en ciencias de la salud conocen bien: el lenguaje técnico es imprescindible para la precisión clínica, pero sin una adecuada mediación comunicativa, puede generar distancia y deshumanizar la relación con la persona cuidada. sin embargo, cuando se utiliza de manera reflexiva, la terminología precisa permite evitar errores, garantizar la seguridad y transmitir confianza, elementos esenciales del cuidado humanizado.

Collière lo expresaba así: "la enfermedad no es un simple accidente que sobreviene al organismo, sino que constituye un acontecimiento que trastorna la vida de la persona y de quienes la rodean. el cuidado no puede limitarse a la ejecución de técnicas, por muy perfectas que sean; requiere comprender lo que la enfermedad significa para quien la padece."<sup>6</sup>

Leininger, creadora de la enfermería transcultural, sostenía que el cuidado humano no puede separarse de la cultura y del lenguaje en el que esa cultura se expresa<sup>7</sup>. No se trata solo de transmitir información, sino de crear un espacio donde el otro se sienta seguro. justamente, la decisión consciente de traducir un término técnico a un lenguaje comprensible, sin infantilizar ni despojar de dignidad, es el acto mediante el cual la precisión científica se convierte en herramienta de cuidado.

### **El aprendizaje silencioso de nombrar bien**

En la formación de grado casi nunca hay una materia que enseñe estas cosas. Se aprende a nombrar mirando a quienes ya lo hacen: enfermeras que se sientan al borde de la cama y preguntan "¿cómo está?", esperando de verdad la respuesta; colegas que corrigen con suavidad, casi como quien sugiere: "Acá pusiste 'paciente niega síntomas', quizás sería mejor 'paciente refiere no presentar síntomas'". Detrás de cada palabra hay una idea sobre el otro. Una corrección así, que va más allá de la forma, enseña a ver a la persona que está detrás del diagnóstico, y convierte la humanización en un hábito lingüístico.

Ese aprendizaje silencioso tiene algo de tradición oral, de oficio que se transmite de generación en generación en los pasillos, en las salas de internación, en las charlas de café después de una guardia dura. Pero también tiene algo de frágil, porque depende de que



haya alguien dispuesto a enseñarlo y alguien dispuesto a aprenderlo. Si en un servicio prima la lógica de la productividad por encima de todo, si las enfermeras más experimentadas andan corriendo de una cama a la otra sin tiempo ni para mirar a los ojos, ese saber se pierde. Nadie lo documenta, nadie lo evalúa, nadie lo exige. Y sin embargo, cuando falta, se nota. Se nota en la queja del paciente que dice "ni me miró cuando me dio el resultado". Se nota en el familiar que reclama "nadie nos explicó nada". Se nota, en definitiva, en el sufrimiento evitable que genera una comunicación mal resuelta.

Henderson sostenía que la única función de la enfermera es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación<sup>8</sup>. Una asistencia así no es posible sin entenderse mutuamente, y el entendimiento se construye con palabras compartidas. Palabras que no son solo vehículo de información, sino también de reconocimiento. Cuando alguien se siente reconocido en su singularidad, cuando percibe que no es "la cama 14" sino una persona con nombre, con historia, con miedos, la relación terapéutica cambia de raíz.

Un estudio reciente sobre alfabetización en salud encontró barreras para comprender las recomendaciones sanitarias que iban desde el uso de un lenguaje no coloquial y jerga hasta la imposibilidad de seguir las indicaciones debido al contexto del grupo social<sup>9</sup>. Estas barreras muestran que usar exclusivamente jerga técnica, sin una traducción cuidadosa, excluye y lastima; en cambio, adaptar el lenguaje es un acto de respeto que le devuelve a la persona su lugar protagónico. No se trata solamente de que entienda las indicaciones, que ya es importante, sino de que pueda apropiarse de su propio cuidado, tomar decisiones informadas, sentirse parte activa del proceso.

### **Iatrogenia lingüística: cuando la palabra también puede dañar**

Hay un concepto que no aparece mucho en la literatura sanitaria, pero que tiene mucha fuerza para pensar estas cosas: el de iatrogenia lingüística. La iatrogenia clásica habla del daño que causa un acto médico; la iatrogenia lingüística se refiere al daño que produce el mal uso del lenguaje en la relación clínica. No se trata solamente de dar información equivocada. A veces la herida es simbólica, y se instala en la manera en que la persona vive su enfermedad, afectando su adherencia al tratamiento, la imagen que tiene de sí misma o la esperanza que conserva.



Conviene detenerse en esta idea de herida simbólica, porque es más profunda de lo que parece. Una palabra no rompe la piel, pero puede romper algo igual de vital: la confianza, la autoestima, la voluntad de seguir adelante. Hay personas que recuerdan durante años la frase exacta que les dijeron cuando recibieron un diagnóstico difícil. A veces recuerdan el tono, la frialdad, la sensación de que quien hablaba estaba más preocupado por completar un formulario que por lo que les estaba pasando. Eso también es una complicación, solo que no figura en ninguna estadística.

El fenómeno aparece de muchas formas. Por ejemplo, cuando se comunica un diagnóstico con un tecnicismo crudo, sin dejar espacio para preguntar, y la persona se queda flotando en un vacío de sentido. También en la famosa "comunicación de pasillo", esa costumbre de intercambiar comentarios clínicos delante del paciente como si él no estuviera ahí o como si no pudiera entender. Y se cuele, además, en las metáforas bélicas que hablan de "luchar" o "vencer" la enfermedad, imponiendo una carga moral que termina culpabilizando a quien no se cura. "Fulano perdió la batalla contra el cáncer", dicen los titulares, y al hacerlo sugieren que quien murió no peleó lo suficiente, que de alguna manera fracasó. Es una forma sutil de crueldad que muchas veces pasa desapercibida porque está tan naturalizada como el aire que respiramos.

Todas estas prácticas comparten lo mismo: la palabra deja de ser cuidado y se vuelve un instrumento de poder, de distancia o, sin quererlo, de sufrimiento agregado. Y lo más preocupante es que rara vez hay mala intención detrás. En general, son automatismos, costumbres adquiridas, defensas inconscientes frente al dolor ajeno. Pero el efecto en quien las padece es el mismo que si hubiera habido dolo: se siente solo, incomprendido, reducido a una patología.

Lo grave de la iatrogenia lingüística es que casi nunca queda registrada en la historia clínica, a diferencia de lo que ocurre con una complicación quirúrgica o farmacológica. Pero sus efectos pueden durar mucho tiempo: genera desconfianza hacia el equipo de salud, sube la ansiedad, dificulta tomar decisiones compartidas y, en definitiva, atenta contra la dignidad de la persona. Reconocer esta forma sutil de daño obliga a revisar críticamente las prácticas comunicativas de todos los días y a incorporar la prevención de la iatrogenia lingüística como un estándar más de la calidad asistencial. Así como se auditan las infecciones hospitalarias, habría que empezar a auditar los modos en que nos

comunicamos, no con afán punitivo, sino con la misma lógica de mejora continua que se aplica a cualquier otro aspecto de la atención.

### **Hacia una formación deliberada en lenguaje humanizado**

Con este panorama, ya no alcanza con dejar la competencia comunicativa librada a la intuición o al aprendizaje por imitación. Hace falta una formación pensada, sistemática y presente en toda la carrera, que ayude a los futuros profesionales a desarrollar un lenguaje técnico que sea al mismo tiempo preciso y humano. Una formación así podría apoyarse en tres patas.

La primera es la alfabetización terminológica con sentido crítico. No basta con enseñar a usar los descriptores DeCS o MeSH para buscar bibliografía; hay que mostrarlos como lo que son: productos culturales que reflejan y, al mismo tiempo, moldean la manera de entender la salud y la enfermedad. Comprender la lógica de los tesauros ayuda a apropiarse del lenguaje científico sin perder de vista que es histórico, convencional y, por lo tanto, modificable. Cuando un estudiante entiende por qué ciertos términos aparecen y otros desaparecen, está en mejores condiciones de usar el lenguaje con responsabilidad y no como un dogma.

La segunda pata es la práctica reflexiva sobre las palabras. Los currículos deberían abrir espacios donde se analicen conversaciones clínicas reales, con el consentimiento correspondiente, para identificar lo que funciona y lo que no desde el punto de vista comunicativo. El objetivo no es memorizar un libretto único, sino desarrollar sensibilidad lingüística para ajustar el registro según la persona, el contexto y el momento vital. Como dice Collière, cuidar es "estar atento a lo que la persona dice, a lo que calla y a lo que expresa sin palabras"<sup>6</sup>; y esa atención solo se aprende ejerciéndola de forma acompañada. No hay simulación que reemplace el encuentro real, pero sí hay modos de preparar a los estudiantes para que cuando llegue ese encuentro tengan más herramientas y menos miedo. La tercera pata tiene que ver con sumar contenidos de humanidades y ciencias sociales. La literatura, la narrativa y la ética dan herramientas para meterse en la experiencia de la enfermedad desde adentro, mucho más allá de los signos y los síntomas. Leer y comentar relatos de pacientes, crónicas escritas por profesionales o textos que piensan la vulnerabilidad ayuda a formar profesionales capaces de habitar el lenguaje con

empatía y con pensamiento crítico. No se trata de convertir las facultades en talleres literarios, pero sí de reconocer que una buena novela puede enseñar más sobre el sufrimiento humano que muchos manuales de semiología.

Estas tres direcciones, alfabetización crítica, práctica reflexiva y formación humanística, no suponen agregar materias nuevas, sino reorientar lo que ya existe hacia una idea del lenguaje como una tecnología de cuidado de primer orden. Porque, en el fondo, no se trata de saber muchas palabras, sino de saber estar con las palabras justas en el momento en que la persona más las necesita. Y eso, como cualquier otra competencia, se entrena, se corrige, se pule. No se nace con eso. Se hace, de a poco, con la práctica y con la decisión de no conformarse con un lenguaje que solo nombra diagnósticos y se olvida de nombrar a las

## **DISCUSIÓN**

Lo que se ha intentado compartir no es una novedad teórica. Es una constatación que emerge de años de práctica: el lenguaje en salud es un territorio ético. cada vez que se nombra, se elige. y esas elecciones tienen consecuencias en cómo las personas viven su enfermedad.

Esta reflexión revela que el lenguaje técnico opera como herramienta de humanización cuando se integran armónicamente sus tres dimensiones: técnica, comunicacional y humana. la precisión terminológica no es opuesta a la calidez, sino que la primera crea las condiciones de seguridad sobre las que la segunda puede florecer.

Nightingale, en el siglo xix, ya intuía esta dimensión: "la observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; pero la verdadera habilidad en enfermería consiste en saber cómo hacer estas cosas de manera que no perturben al paciente, que no lo agiten, que no lo alarmen." <sup>10</sup>

**Cuadro 1 – Dimensiones del lenguaje en la relación de cuidado**

| <b>Dimensión</b>      | <b>Expresión en la práctica</b>                          | <b>Efecto de la persona cuidada</b>                        |
|-----------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Técnica</b>        | Uso de terminología precisa y actualizada (DeCS/MeSH)    | Precisión diagnóstica y comunicación profesional educativa |
| <b>Comunicacional</b> | Traducción del lenguaje técnico a términos comprensibles | Comprensión de la condición y adhesión a indicaciones      |
| <b>Humana</b>         | Escucha activa y adaptación del lenguaje de cada persona | Confianza, seguridad y participación en el Proceso         |

**Fuente:** Elaboración propia.

El cuadro sintetiza las tres dimensiones del lenguaje en el cuidado. la dimensión técnica remite al saber científico y disciplinar, aquellos conocimientos formales que permiten nombrar con precisión y actuar con seguridad clínica. La dimensión comunicacional tiende puentes entre el saber profesional y el saber experiencial de la persona cuidada, ese conocimiento íntimo que solo quien vive la enfermedad posee.

la dimensión humana reconoce la singularidad de cada persona y se nutre del saber relacional, el que emerge del encuentro auténtico con el otro. Esta clasificación no procede de un único autor, sino que se configura como una síntesis fundamentada en la confluencia de Collière, quien rescató el saber de la persona enferma, Leininger, que ubicó la cultura y el lenguaje en el centro del cuidado, y Henderson, que subrayó la asistencia basada en el entendimiento mutuo. ninguna de estas dimensiones es suficiente por sí sola; el cuidado integral exige integrarlas. De esta integración depende que el lenguaje técnico abandone su rol burocrático y se transforme en un auténtico instrumento de cuidado humanizado.

### **Iatrogenia lingüística: cuando la palabra también puede dañar**

Un concepto poco explorado en la literatura sanitaria, pero de gran potencia heurística, es el de iatrogenia lingüística. si la iatrogenia clásica remite al daño causado por un acto médico, la iatrogenia lingüística se refiere al daño producido por el uso inadecuado del

lenguaje en la relación clínica. No se trata solo de un error de información, sino de una herida simbólica que puede instalarse en la vivencia de la enfermedad y modular negativamente la adherencia terapéutica, la autoimagen y la esperanza.

El fenómeno se manifiesta de múltiples formas. ocurre, por ejemplo, cuando se comunica un diagnóstico con un tecnicismo crudo y sin espacio para la pregunta, dejando a la persona en un vacío de sentido. aparece también en la llamada “comunicación de pasillo”, donde se intercambian comentarios clínicos frente al paciente como si este no estuviera presente o fuera incapaz de comprender. se expresa, asimismo, en las metáforas bélicas que reducen la experiencia a “luchar” o “vencer”, imponiendo una carga moral que culpabiliza a quien no se cura. todas estas prácticas comparten un núcleo común: la palabra deja de ser cuidado y pasa a ser instrumento de poder, distancia o, involuntariamente, de sufrimiento adicional.

La gravedad de la iatrogenia lingüística radica en su invisibilidad. a diferencia de una complicación farmacológica o quirúrgica, no queda registrada en la historia clínica. sin embargo, sus efectos pueden ser persistentes: genera desconfianza hacia el equipo de salud, incrementa la ansiedad, dificulta la toma de decisiones compartidas y, en última instancia, atenta contra la dignidad de la persona. Reconocer esta forma sutil de daño obliga a revisar críticamente las prácticas comunicativas cotidianas y a incorporar la prevención de la iatrogenia lingüística como un estándar de calidad asistencial.

### **Hacia una formación deliberada en lenguaje humanizado**

Frente a este panorama, resulta insostenible seguir dejando la competencia comunicativa a la intuición o al aprendizaje por imitación. se requiere una formación deliberada, sistemática y transversal que permita a los futuros profesionales desarrollar un lenguaje técnico que sea, al mismo tiempo, preciso y humano. Esta formación debería incluir, al menos, tres componentes fundamentales.

En primer lugar, la alfabetización terminológica crítica. no basta con enseñar a usar los descriptores Decs o Mesh como herramientas de búsqueda bibliográfica; es preciso mostrarlos como productos culturales que reflejan y, a la vez, moldean la manera en que se concibe la salud y la enfermedad. comprender la lógica de los tesauros permite a los estudiantes apropiarse del lenguaje científico sin perder de vista su carácter histórico y convencional.

En segundo lugar, la práctica reflexiva sobre las palabras. los currículos deberían incorporar espacios específicos donde se analicen fragmentos reales de conversaciones clínicas, con el debido consentimiento, para identificar fortalezas y riesgos comunicativos. el objetivo no es prescribir un guion único, sino desarrollar una sensibilidad lingüística que permita ajustar el registro en función de la persona, el contexto y el momento vital. como sostiene Collière, cuidar es “estar atento a lo que la persona dice, a lo que calla y a lo que expresa sin palabras”<sup>6</sup>; esa atención solo se aprende ejerciéndola de manera supervisada.

En tercer lugar, la incorporación de contenidos de humanidades y ciencias sociales. la narrativa, la literatura y la ética ofrecen herramientas para comprender la experiencia de la enfermedad desde dentro, mucho más allá de los signos y síntomas. Leer y discutir relatos de pacientes, crónicas de profesionales o textos filosóficos sobre la vulnerabilidad contribuye a formar profesionales capaces de habitar el lenguaje con empatía y sentido crítico.

Estas tres vías, alfabetización crítica, práctica reflexiva y formación humanística, no suponen una carga curricular adicional, sino una reorientación de los contenidos ya existentes hacia una concepción del lenguaje como tecnología de cuidado de primer orden. porque, en definitiva, no se trata de saber muchas palabras, sino de saber estar con las palabras justas en el momento en que la persona más las necesita.

### **Limitaciones del estudio**

Esta reflexión se basa en una experiencia profesional singular y en una revisión narrativa, no sistemática, de la literatura. por lo tanto, las conclusiones no pretenden ser generalizables, sino que ofrecen un marco interpretativo para la práctica. La subjetividad inherente al análisis reflexivo constituye a la vez su principal riqueza y su limitación metodológica.

### **Contribuciones a los campos de las disciplinas sociosanitarias, salud y educación**

El trabajo aporta una integración operativa de las dimensiones técnica, comunicacional y humana del lenguaje, visibilizando el uso de la terminología como una competencia ética y humanizadora. además, introduce el concepto de iatrogenia lingüística como una categoría útil para sensibilizar sobre los riesgos de una comunicación deshumanizada, y



propone líneas concretas para incorporar la formación en lenguaje humanizado en los currículos de salud. esta perspectiva puede incorporarse en los programas de formación de profesionales de la salud y en protocolos de comunicación clínica, contribuyendo a disminuir la brecha entre la precisión científica y la cercanía que las personas cuidadas necesitan.

## **CONCLUSIÓN**

El lenguaje en ciencias de la salud no es un mero instrumento técnico. es una forma de relación con el conocimiento y con las personas. cuidar las palabras es cuidar a quienes confían en nosotros. la precisión terminológica y la calidez comunicativa no son opuestas: se necesitan mutuamente. en definitiva, el lenguaje técnico, cuando se pone al servicio de una comunicación empática y accesible, deja de ser un simple requisito metodológico y se revela como un acto profundo de cuidado. nombrar con justeza es también nombrar con humanidad.

Ahora bien, asumiendo esta premisa, resulta necesario preguntarse por las condiciones institucionales que hacen posible sostener este tipo de comunicación en la práctica cotidiana. porque cuidar la palabra no depende exclusivamente de la voluntad individual del profesional, sino también de un entramado de condiciones estructurales que pueden favorecer u obstaculizar el ejercicio de un lenguaje humanizado.

La sobrecarga asistencial, la presión por la productividad, la fragmentación de la atención en múltiples especialidades y la escasa valoración institucional de los tiempos dedicados a la comunicación constituyen barreras concretas que, en la cotidianeidad de los servicios, conspiran contra la posibilidad de nombrar con cuidado. una institución que exige humanización pero no garantiza las condiciones mínimas para ejercerla, tiempo, formación, espacios adecuados y reconocimiento, termina convirtiendo la exhortación a la empatía en un mandato paradójico y, a menudo, culpabilizante para los equipos de salud.

La humanización del lenguaje no pueda reducirse a una competencia individual blandamente recomendada en los currículos. Debe ser objeto de políticas institucionales explícitas que la promuevan, la evalúen y la sostengan. esto implica, por ejemplo, incorporar indicadores de comunicación efectiva y de satisfacción con la información



recibida en los sistemas de monitoreo de calidad asistencial. Implica también diseñar programas de capacitación continua que no se agoten en talleres puntuales, sino que acompañen a los equipos en la reflexión permanente sobre sus prácticas comunicativas. E implica, sobre todo, reconocer que el tiempo dedicado a escuchar, a explicar y a acompañar con la palabra no es tiempo sustraído a la asistencia, sino parte sustancial de ella.

Por otra parte, el avance de las tecnologías digitales en el ámbito sanitario abre nuevos interrogantes sobre el futuro de la comunicación clínica. la historia clínica electrónica, las consultas no presenciales y la irrupción de la inteligencia artificial generativa están modificando los soportes y los modos en que se nombra la enfermedad. Estos cambios ofrecen oportunidades, como la posibilidad de que la persona acceda a su propia información de manera más transparente, pero también entrañan riesgos, como la deshumanización de los registros o la mediación tecnológica que sustituye el encuentro cara a cara. en este contexto, la pregunta por el lenguaje no desaparece; se desplaza y se complejiza. no se trata de resistir la tecnología, sino de asegurar que su incorporación esté guiada por los mismos principios de cuidado que defienden las tres dimensiones aquí planteadas. En última instancia, lo que está en juego en cada acto de nombrar es la dignidad de la persona que sufre y la responsabilidad ética de quien cuida. la enfermedad coloca a la persona en una posición de extrema vulnerabilidad, en la que las palabras adquieren un peso desmedido. una frase pronunciada con desdén puede agravar la herida;

una palabra elegida con cuidado puede aliviarla. Por eso, insistir en la importancia del lenguaje no es un prurismo académico ni una moda pasajera: es una defensa de la dignidad humana en uno de los terrenos donde se encuentra más amenazada. las instituciones formadoras, las organizaciones sanitarias y los propios profesionales tienen la responsabilidad compartida de garantizar que cada palabra pronunciada en el ámbito de la salud sea, ante todo, un acto de cuidado.

## REFERENCIAS

1. Wallow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index de Enfermería*. 2014;23(4):234-8. Organización Panamericana de la Salud. DeCS Edición 2025 [Internet]. Washington: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-4-2025-decs-edicion2025-esta-disponible>



2. Organización Panamericana de la Salud. DeCS Edición 2025 [Internet]. Washington: OPS; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-4-2025-decs-edicion2025-esta-disponible>
3. BIREME/OPS/OMS. DeCS - Descriptores en Ciencias de la Salud [Internet]. São Paulo: BIREME; 2025. Disponible en: <https://decs.bvs.br/P/decsweb2015>
4. Organización Panamericana de la Salud. DeCS 2025 Edition [Internet]. Washington: PAHO; 2025. Disponible en: <https://www.paho.org/en/news/30-4-2025-decs-2025edition-available>
5. Pardo ML. Discurso y salud: una aproximación desde el análisis crítico. Revista Latinoamericana de Estudios del Discurso. 2021;21(1):98-115.
6. Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2009. p. 87.
7. Leininger M. Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991.
8. Henderson V. La naturaleza de la enfermería. Ginebra: OMS; 1991. p. 42.
9. Oliveira GS, et al. Alfabetización en salud y seguridad del paciente. Enfermería Actual. 2022;42: e13947.
10. Nightingale F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Elsevier Masson; 2019. p. 127. (Original 1859).

### **Declaración de responsabilidad ética**

Para corrección gramatical del trabajo se hizo uso de Open AI de manera ética y responsable.

