

EDITORIAL**JERGA, CULTURA E INFORMACION****Amalio Ord n ez Gallego**Servicio de Oncología Médica del Hospital "La Paz"
Universidad Autónoma de Madrid

Hacia 1986 me llamó la atención la utilización abusiva e inapropiada del verbo "hacer" en la jerga médica. Me parecían sorprendentes (y me lo siguen pareciendo porque la moda no decae) frases como éstas: "El enfermo hizo fiebre" o "el enfermo ha hecho un tromboembolismo pulmonar". Así fue el comienzo de mis estudios sobre el lenguaje médico. En España no había casi nada escrito sobre esta cuestión, sólo algunos apuntes del profesor Laín Entralgo.

Durante varios años me sumerg  en el fascinante mundo de la jerga médica y frutos de esta inmersión fueron una Tesis doctoral, varios cursos de doctorado, diversos artículos en revistas médicas y dos libros, el último de ellos presentado recientemente en la Universidad Autónoma de Madrid en las Primeras Jornadas de Arte y Medicina¹. La noticia de esta presentación saltó a los medios de comunicación y el interés que despert  en éstos la aparición del libro me dej  asombrado.

 Cu ales son las razones de este interés? Por las preguntas que me hicieron diversos periodistas podría resumirlas en las siguientes: 1) A pesar de que la profesión médica ya no tiene el prestigio de antaño y ha quedado reducida, en muchas ocasiones, a un cuerpo funcional poco considerado y peor remunerado, resulta muy atrayente para la población general el mundo de la Medicina y las relaciones que puedan tener entre sí los

diversos profesionales sanitarios, 2) He notado también una especie de satisfacción morbosa en el hecho de que alguien de la profesión pudiera "fustigar" a sus colegas. Ha parecido asombroso que un médico pudiese criticar impunemente a muchos compañeros por su progresivo empobrecimiento cultural, en consonancia con el resto de la sociedad y 3). Suscita mucho interés todo lo que se refiere a la información médica a enfermos y familiares. Aunque la vertiente informativa del quehacer médico se está apreciando mucho en los últimos años, lo cierto es que, en muchas ocasiones, los médicos informamos poco y de forma incorrecta.

Desarrollar , ahora, estos puntos en tres grandes apartados:

1. Jerga médica y cultura

Podemos definir la jerga como un lenguaje especial de ciertas profesiones o grupos. Es acertada la definición de Lázaro Carreter: "Lenguaje especial de un grupo social diferenciado usada por sus hablantes sólo en cuanto miembros de ese grupo social. Fuera de él hablan la lengua general". La jerga es conveniente y necesaria. Lo que puede inducir a confusión es que los emisores de una terminología se dirijan con frecuencia a receptores inadecuados.

Las razones de la utilización de una jerga son múltiples y difíciles de analizar. En algunas jergas hay una clara intención de originalidad y marginación (hampa, estudiantes).

Correspondencia:
Amalio Ord n ez Gallego
Santa Virgilia, 5, 9  D
Madrid - 28033

Las jergas profesionales, como la médica, responden a una búsqueda de precisión y universalidad. Constituyen una fuente de enriquecimiento del caudal léxico, ya que aportan continuamente tecnicismos a la lengua común y les dan a ciertas palabras acepciones desconocidas para la mayoría.

Puede decirse que actualmente la jerga médica no se debe, por lo general, a vanidad ni a hermetismo. El avance de las Ciencias Médicas es tan arrollador que se hace inevitable la entrada continua de tecnicismos y el manejo de un lenguaje interno que facilite la comprensión de todos estos fenómenos y que simplifique la intercomunicación gremial. Ya no tiene sentido el médico que encubre su ignorancia con palabras griegas o latinas (el médico de Molière, como paradigma). En la mayoría de las ocasiones, la jerga médica se justifica como un intento de clasificar, seleccionar y reducir en cierto modo (siglas, elipsis, extranjerismos), la ingente cantidad de información que se nos viene encima².

Es muy importante el lenguaje en la profesión médica: es el medio de divulgación de la propia experiencia y constituye el instrumento principal para conseguir la intercomunicación que necesita toda labor científica. Como una variedad del lenguaje científico, el lenguaje médico debe tener carácter "denotativo" (rigor y precisión), al contrario que el lenguaje literario, de carácter "connotativo", de menor precisión, pero de mayor riqueza y colorido.

Me interesa resaltar, además, que la Medicina no debe estar reñida con la Cultura. Ni la actual tecnificación y complejidad de las superespecialidades, ni el necesario pluriempleo en una labor escasamente considerada socialmente deben justificar el despego del profesional sanitario hacia cualquier cuestión extramédica. El médico actual es, con frecuencia, un superespecialista que lo sabe casi todo en su pequeña parcela de conocimientos. Pero fuera de ella, su nivel cultural no está, en muchas ocasiones, a la altura de un titulado superior. Está empobrecido por

su propia riqueza científica y se involucra en una espiral de descenso cultural.

Este empobrecimiento cultural es un fenómeno general en la sociedad actual. En el diseño de nuestra enseñanza se ha dado altísima prioridad a las "Ciencias", porque es lo que tiene salida en nuestro mundo tecnificado y competitivo. Y esto también se nota en el campo de la Medicina. Recientemente estuve en la fundación de la revista ASEMAYA (Asociación de Médicos Escritores y Artistas) y fue un éxito de público, cien o doscientos médicos deambulaban por allí. Pero esta cifra es engañosa, ya que no supone ni el 1 % de los médicos que ejercemos en Madrid.

No es extraño, por tanto, que se resienta el lenguaje médico en este enrarecido ambiente. Y quiero hacer énfasis en algo importante: no debe sacarse de las líneas que anteceden la impresión de que los médicos escribimos mal de forma generalizada. Creo incluso que, en este aspecto, la profesión médica está por encima de otras profesiones más o menos técnicas. Asomarse a otras jergas profesionales puede producir escalofríos. Y no es de extrañar esta ventaja en una actividad que no tendría razón de ser sin la intercomunicación y que conlleva, por consiguiente, su propia "literatura".

2. Algunas particularidades del lenguaje médico

En el lenguaje médico (hablado y escrito) pueden observarse diversas "perversiones". Repasemos algunas de ellas:

a) *Extranjerismos*

Son muy frecuentes, sobre todo, los anglicismos. Es evidente que el inglés es el idioma internacional de la Medicina, pero esto no justifica la continua contaminación de nuestra lengua con términos extraños. Hay que rechazar palabras como "borderline", "performance", "slide", etc. Es habitual en los últimos años (a todos los niveles profesionales) la utilización de: los gerundios

ingleses: *planning*, *lifting*... Hay otros extranjerismos admitidos que deben utilizarse en su versión castellanizada: *estrés*, *escáner*, *estándar*.

b) *Neologismos*

Son vocablos o giros nuevos que se incorporan a una lengua y vienen exigidos por la aparición de nuevos objetos, ideas o necesidades. El lenguaje médico es una combinación de lenguaje corriente y neologismos. Éstos son imprescindibles para designar enfermedades, mecanismos patogénicos o intervenciones terapéuticas. Dice Laín Entralgo que "la abundancia de neologismos es el mejor índice de la vitalidad de una ciencia".

Se requieren dos criterios para que un neologismo sea admisible: necesidad y eufonía. En muchos casos el neologismo es innecesario y en otros es rechazable por su incorrección y desafortunada construcción.

c) *Solecismos*

Son barbarismos sintácticos. Muy frecuentes en el lenguaje médico de historias clínicas e informes, como es lógico esperar en un tipo de lenguaje habitualmente dinámico y apresurado. Hay tres tipos fundamentales:

1. Solecismos de concordancia.—Hay falta de conformidad en género o número entre las partes variables de la oración ("en los últimos años *han* aparecido *un* gran número...").
2. Solecismos de régimen —Uso incorrecto de las preposiciones ("sepsis *a* estafilococos").
3. Solecismos de construcción —Mala disposición de las palabras en la oración. Es frecuente en el lenguaje médico la construcción alemana de colocar el verbo al final de la frase ("los aspectos clínicos y terapéuticos son revisados").

d) *Retórica*

En algunos autores médicos existe una tendencia, casi irrefrenable, a emplear frases largas, construidas con enumeraciones, gerundios o incisos. Esta pernicioso costumbre conduce a confusión y falta de concentración. Es mejor decir "hemos observado" que "en lo que se refiere a nuestras propias observaciones, muestran...". En la gran longitud de algunos párrafos interviene también lo que hemos dado en llamar "alergia al punto". En el lenguaje médico se utilizan menos puntos de los necesarios.

e) *Siglas*

Son muy frecuentes en todo tipo de lenguaje escrito. El lenguaje médico de historias clínicas, de informes y en el publicado se utilizan continuamente. El recientemente fallecido Dámaso Alonso hablaba de "la invasión de ese gris ejército esquelético" y Pedro Salinas decía que estamos "en el siglo de las siglas". En ocasiones, se pierde el significado de las palabras "madres" (SIDA). Se deben usar las siglas imprescindibles (por ejemplo, cuando una o varias palabras se van a repetir varias veces en el mismo texto).

f) *Elipsis*

Consiste en la supresión de una o varias palabras en una frase, necesarias para una recta construcción gramatical, pero no para que resulte claro el sentido. El lenguaje médico de historias clínicas está lleno de elipsis: "cardiopulmonar normal", "No bazo", "Elemental de orina normal", "En la simple de abdomen", etc. La elipsis es muy utilizada en las jergas profesionales, pero su abuso puede llevar a un empobrecimiento del léxico.

g) *Monotonía*

Vamos a terminar este brevísimo muestrario de modismos en el lenguaje médico con un vicio lingüístico que consiste en emplear repetidamente los mismos vocablos,

giros o construcciones: es la *monotonía*. Se aplica a toda falta de variedad que suponga pobreza de vocabulario. Es el caso, por ejemplo, de ciertas palabras que se repiten hasta la saciedad: vale, tema, etc. En el lenguaje médico hemos encontrado numerosos casos de monotonía. Un ejemplo: "Y si este *problema* persiste, habrá que consultar al especialista para que descarte *problemas* orgánicos, que pueden ser origen de estos *problemas*". Casos especiales de monotonía son el abuso del verbo HACER antes comentado y la utilización excesiva del vocablo CONTROL³.

3. La información médica

Todo lo expuesto anteriormente tiene mucho que ver con la cuestión de la información médica. Dividiremos estos comentarios en tres apartados, según que la información que da el médico vaya dirigida al paciente, a los familiares y a los medios de comunicación.

- a) Por lo que se refiere al primer apartado, la información administrada a una persona con una grave enfermedad (el ejemplo típico es el enfermo neoplásico), hay que decir que no hay normas de actuación preestablecidas. Conviene huir de posturas extremistas: ni la verdad a toda costa, aunque el enfermo no pregunte, ni la mentira piadosa sistemática.

Una cosa es clara: el médico puede callar la verdad, pero no debe mentir. Es necesario dialogar con el paciente y transformar una serie de preguntas en una conversación para crear un clima de confianza mutua. En nuestro Servicio utilizamos el criterio de "verdad soportable", en un proceso progresivo de información sobre el diagnóstico en la medida que el propio paciente lo requiera. En cualquier caso el manejo es individual. Debemos adaptar nuestra conducta a las peculiarida-

des de cada enfermo y no seguir rígidamente norma alguna.

- b) Sobre la información a los familiares, tan importante, se ha publicado muy poco. Muy resumidamente: 1) La información debe proporcionarla el médico más directamente responsable del paciente, 2) El hecho de la información debe ser asumido por el facultativo como un elemento fundamental de su quehacer cotidiano, 3) El lenguaje deberá ser sencillo, sin tecnicismos, para que la información sea entendida, 4) La información no debe ser excesiva, en el sentido de que se trata de una revelación siempre esperada con ansiedad y tiene que ser administrada con cautela y basada en hechos firmemente establecidos y 5) La información no debe ser defensiva, como un acto de disculpa por la imposibilidad de curación o por la demora de las exploraciones complementarias. El médico debe hacer comprender a su interlocutor que hace "todo lo que puede" para un correcto diagnóstico y tratamiento del enfermo.
- c) La información a los medios de comunicación tiene que hacerse con mucha prudencia porque puede fomentar neurosis o suscitar falsas esperanzas. Hay que mantener al máximo el secreto profesional. En el caso de un paciente famoso la discreción debe aumentarse. El médico debe informar al paciente y familiares y éstos tienen que decidir cómo va a divulgarse esta información. Cuando un enfermo salta a la fama por una técnica, el médico procurará dar mínimos detalles sobre el paciente en concreto y las indicaciones suficientes que sean útiles para la mayoría⁴.

Y hasta aquí este recorrido por el fascinante mundo del lenguaje médico. Podríamos resumir todo lo dicho en las siguientes

normas, recomendaciones o deseos: 1) Sería conveniente favorecer de alguna manera las inquietudes extramédicas en nuestra profesión. Un médico debe ser una persona culta, integralmente formada, en consonancia con su época, pero sin perder ciertas raíces humanistas, 2) Tenemos la obligación de cuidar el lenguaje que utilizamos. Todo idioma (castellano, catalán, el que sea) es un instrumento maravilloso que nos han regalado y que hay que tratar con mucha consideración, 3) Debemos utilizar nuestra jerga en el entorno profesional para mejorar la comunicación con nuestros compañeros, pero no sacarla a relucir con el ciudadano corriente. La transmisibilidad de la información médica a los pacientes y familiares debe realizarse con el lenguaje común.

BIBLIOGRAFIA

1. Ordóñez A. Lenguaje médico. Estudio sincrónico de una jerga. Cantoblanco, Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid, 1992.
2. Ordóñez A. La jerga médica. Clínica Rural. Revista de Actualización en Atención Primaria 1993; 394: 4-5
3. Ordóñez A. Algunos barbarismos del lenguaje médico. Med Clin (Barc) 1990; 94: 381-383.
4. Ordóñez A. La información médica al familiar: un aprendizaje. Med Clin (Barc) 1987; 88: 719-721.