



El *argot* médico:
un registro discursivo complejizado por usos muy diversos

Nora Isabel Muñoz

Universidad Nacional de la Patagonia Austral
norayricardo@speedy.com.ar

Resumen: En el lenguaje especializado médico existe un registro poco estudiado, con características interesantes que resultan dignas de exploración. Se trata del *argot* que utilizan estos profesionales en su comunicación diaria. Como toda jerga típica de una profesión, está reservada a los iniciados y comparte con otras jergas las mismas características de lenguaje especial, críptico. Pero además, se suman otros componentes que lo vuelven más rico como fenómeno comunicativo. Esta combinación de muchas y muy diversas variables nos ha conducido a proponer la hipótesis de que este registro médico puede ser tipificado en sub-registros, contruidos precisamente a partir de la combinación de las mismas. Para llevar a cabo nuestro estudio nos basamos en la consideración de “sistemas de multinivel” que propone Guiomar Ciapuscio (2003) para la tipologización de textos de especialidad.

Palabras clave:

Introducción

En el lenguaje especializado médico existe un registro poco estudiado, con características interesantes que resultan dignas de exploración. Se trata de la *jerga* o *argot* que utilizan estos profesionales en su comunicación diaria. Como toda jerga típica de una profesión, está reservada a los iniciados y en este sentido comparte con otras jergas las mismas características de lenguaje especial, críptico, inaccesible al vulgo. Pero además, se suman otros componentes que lo vuelven más rico como fenómeno comunicativo. A diferencia de lo otros *argots* (como el llamado de “germanía”) no se usa como defensa frente a un tercero (la autoridad de policía), sino como protección del tercero (pacientes y/o familiares) y eventualmente como defensa de propias seguridades de otro tipo. Además, a ese código cifrado se le suman, en muchos casos, rasgos de humor negro, sarcasmo, y hasta vulgaridad, fenómeno que merece evaluaciones contrapuestas que van desde la impugnación y rechazo por sus posibles efectos ofensivos, hasta una justificación que lo interpreta como mecanismo de auto-defensa frente a la angustia de convivir cotidianamente con situaciones límites (dolor, y muerte, fundamentalmente). Esta función de protección del tercero y de auto-protección frente a experiencias traumáticas cotidianas, son componentes psico-socio-discursivos, que vuelven más atractivo el estudio de este registro. A esto se le agrega el hecho de ser una combinación de lenguaje especial y oral al mismo tiempo, que debe responder a situaciones de emergencia, navegando entre demandas de especificidad y practicidad simultáneamente, lo que origina interesantes maniobras lingüísticas que intentaremos relevar.

Esta combinación de muchas y muy diversas variables nos ha conducido a proponer la hipótesis de que este registro médico puede ser tipificado en sub-registros, contruidos precisamente a partir de la combinación de las mismas. Para llevar a cabo nuestro estudio nos basamos en la consideración de “sistemas de multinivel” que propone Guiomar Ciapuscio (2003) para la tipologización de textos de especialidad.

Corpus

He trabajado con transcripciones escritas de expresiones usadas en forma oral, que recogí del artículo “Lenguaje médico informal y jerga médica” de Claudia Tarazona, aparecido el 16/01/08 en el sitio web de IntraMed. A este material le sumo todos los comentarios que este artículo desencadenó, enviados por numerosos lectores (41 médicos y paramédicos) entre el 16/01/08 y el 01/02/08, quienes aportan, además de nuevos ejemplos, sus evaluaciones críticas sobre el uso de este registro. Asimismo he consultado otros artículos y notas periodísticas afines, aparecidas igualmente en Internet, cuyo detalle consigno al final de este trabajo.

Entre la cortesía y el humor negro

Una explicación básica que da cuenta en general de la existencia de este registro es el principio de “cortesía”. En efecto, dentro de la amplia gama de situaciones por las que atraviesan médicos y pacientes, existen muchas en las que resulta más conveniente para estos últimos no conocer toda la información acerca de su estado de salud, y en ese sentido cuadra perfectamente aquí la excepción a los principios cooperativos de *cantidad* y *modo* de la información [1] (Grice, 1975), que son reemplazados por la regla de *cortesía* [2] (Brown & Levinson, 1987).

Uno de los profesionales que envía su comentario al artículo de Tarazona describe la situación en estos términos: “se trata de una complicidad buscada y creada” por la cual “aceptamos esconder ciertos datos de una patología determinada (sobre todo en enfermedades incurables), a pedido de familiares que tal vez por un anhelo de protección no desean comunicar detalles al paciente, debiendo recurrir a este lenguaje informal para evitar romper esta promesa, este pacto entre pacientes, convivientes y tratantes” (G. F. L., 22-01-08). Esta justificación inicial estaría en la base explicativa de muchos fenómenos de deformación, ocultamiento y distorsión del lenguaje, que permiten a los profesionales comprenderse entre sí en presencia del paciente o sus familiares, sin que estos entiendan de qué se trata.

Otra interpretación posible a esta oscuridad del lenguaje médico frente a los pacientes recurre a una analogía con “las prácticas de brujos que desplegaban su ceremonial con rezos a veces inentendibles. Y eso generaba una magia en la escena que disponía al sujeto a confiar en el hacer” (C.P., 20-01-08). Pero no todos los comentaristas evalúan tan benignamente esta oscuridad en la comunicación médico-paciente. Según otros miembros de la propia comunidad médica existen situaciones en las que la incomprensión no es algo buscado para beneficiar al paciente, sino para abrumarlo y hasta humillarlo con demostraciones de sabiduría “como forma de resguardar un poder ilusorio” (D. Flichtentrei 2006, en entrevista a Ivonne Bordelois). En la misma línea, otro profesional habla de “lenguaje incomprensible como una de las formas del abuso de poder por parte del médico” (S. A. L., 25-01-08). Por último citamos otra intervención, en 1º persona, que hace la siguiente auto-crítica: “Creo que el utilizar... expresiones que los pacientes no entienden cuando estamos hablando es precisamente... para demostrarle lo inculto que es y de esta manera no se atreve a preguntarnos más sobre su padecimiento, con lo cual nos ahorraremos explicaciones” (R. E. R. V., 24/01/08).

Cuando esta oscura jerga profesional está acompañada, además, por notas de sarcasmo, ironía y humor negro, se suman, naturalmente, críticas a las posibles ofensas y abusos que dichas bromas y chanzas inentendibles pueden generar en los pacientes: “Las bromas ‘inteligentes’ en lenguaje que el enfermo no entiende, hechas mientras se pasa sala (*sic*), son antigua costumbre que debería erradicarse” (E. N. A., 30-01-08). Otra lectora agrega: “Estas comunidades (aborígenes) de por sí no nos comprenden y les resulta incómodo y ofensivo observar cómo algunos colegas ríen mientras se discute algún tema en torno a su padecimiento” (J. P., 21-01-08). Estas conductas llegan a ser caracterizadas como síntomas de un proceso de “deshumanización” que se estaría dando en el ámbito de las prácticas médicas, especialmente en EEUU.

Otras interpretaciones más benignas del fenómeno se apoyan en explicaciones de tipo psicológico, como las que menciona Claudia Tarazona (2006:2): “este lenguaje es la expresión verbal de un mecanismo de defensa que sirve para despersonalizar el estrés, para distanciarse, separarse del dolor y la angustia...”; el humor ayudaría a los profesionales de la salud a enfrentarse y convivir con las funciones orgánicas, los olores desagradables y, fundamentalmente, con la muerte.

Rapidez y eficiencia

Hay otra razón importante que responde a motivaciones menos psicologistas, y se fundamenta en cuestiones prácticas y de comodidad: se trata de simplificar expresiones complejas y largas con el uso de siglas, abreviaturas y acrónimos, que facilitan y aceleran la comunicación. Esta práctica de reformular en formas breves las expresiones más complejas está incorporada en el lenguaje formal, y por ello su uso se encuentra más o menos estandarizado, pero aún estos casos más técnicos y “neutrales” reciben algunas críticas por parte de ciertos usuarios, que ven en ellos una fuente de malentendidos y no de simplicidad en la comunicación. El abuso de siglas muy parecidas entre sí (por ej. CVP - PCV - PVC, usadas en la misma área de Cardiología) o incluso idénticas para nominar distintas cosas, han sido señaladas como fuente de confusiones muy importante, a lo que se le une la proliferación innecesaria de acrónimos, bautizada graciosamente como *acronimofilia*, “enfermedad infecciosa burocrática o buropatía” (Tarazona, *ídem*). Los inconvenientes más importantes que genera esta costumbre (muy difundida en EEUU, no así en España y Argentina) han sido señalados como “arbitrariedad para definir las secuencias de letras, duplicación, arbitrariedad de algunos nombres, uso de nombres coercitivos y dificultades de búsqueda en bases de datos”.

Estos grandes grupos de razones dan cuenta, en forma muy general, de los motivos que subyacen a una práctica discursiva de un uso tan extendido y arraigado que atraviesa fronteras internacionales, en muchos casos de manera similar.

A modo de ilustración

A continuación damos a conocer, a modo de ilustración, diferentes ejemplos que hemos elicitado del corpus, discriminados según 1) el tema o referente aludidos y 2) los procedimientos lingüísticos empleados. No tenemos en cuenta, en este caso, las diferentes situaciones de uso.

1) Referentes más habituales

Estudios médicos: la película /el cine (cinecoronariografía)

Objetos médicos: un fideo (catéter); el ruler con paraguítas (stent con filtro)

Enfermedades o síndromes: tormenta eléctrica (tipo de arritmia ventricular); oma de colon (carcinoma de colon);

Procedimientos médicos: hagamos una goti (sutura química); lo desalambraron (le retiraron la sutura (alambres)); lo balnearon (le colocaron un catéter balón); descomplejizar (retirar el soporte ventilatorio)

Lugares del hospital: ECU (*eternal care unit* = morgue)

Especialidades de colegas: electricistas (los que hacen estudios como el Holter); carpinteros (traumatólogos)

Pacientes: un caño / un hidrobonz (paciente crítico); pide pista (se está muriendo); cara de ciclosporina (drogadicto)

2) Procedimientos lingüísticos más frecuentes

Derivación morfológica con o sin mezcla de registros: “bochólogo (raíz de la lengua coloquial “bocho”= mente); quilombotropismo (situación que conduce al “quilombo”= desorden); fascinoma (caso fascinante), hallucinoma (caso imaginado); incidentaloma (descubierto por casualidad); enlatar la muñeca (colocar dos placas en caso de fractura)

Uso de diminutivos: chufrito (un poco más de anestesia), equito (ECG), suerito. Usados

generalmente como mitigadores del efecto desagradable que pueden provocar.

Metáforas: tormenta eléctrica (tipo de arritmia ventricular); no andan las tortugas (luces de la ambulancia); es un pitufo (paciente cianótico que está azul, como el personaje infantil)

Sinécdoques: un procedimiento quirúrgico recibe el nombre del cirujano (Bentall, Ross, etc.); incluso es el paciente el que se nombra con el nombre del cirujano (es un Bentall, un Ross) o se identifica por su enfermedad y n° de cama : “el AVE (accidente vascular encefálico) de la 21”.

Ironías: “está por recibir el alta celestial (está por morirse)”; “este se va del aire”; “hará *exitus*”, generalmente usadas para referirse a la muerte.

Siglas: EEG (electroencefalograma); ACV (accidente cerebro vascular); HLA (hermano latinoamericano, con sentido peyorativo); GPO (*good for parts only* = potencial donante de órganos)

Acrónimos: son muy frecuentes en lengua inglesa, no así en español. Registro un ejemplo argentino de reinterpretación jocosa del acrónimo de PAMI como: Peor Atención Médica Imposible; un ejemplo venezolano: “gadejo” referido al paciente que sólo acude a la emergencia “con ganas de j...” y uno español: “poyaque” en alusión al paciente que viene por un problema pero ya que está (*pues ya que...*) te plantea muchos más.

Abreviaturas o apócope: es una H (histérica); tomar una “eco” (ecografía)

Lenguaje “al revés”: “dale al paciente 10 mg de obecalp” (placebo dicho al revés, que suena como el nombre de alguna droga)

Eufemismos o expresiones que encubren informaciones inconvenientes de escuchar: “síndrome del cuarto ventrículo o síndrome cortical” (el paciente está loco); “cuidado con el 8° par” (cuidado que el paciente te puede escuchar, el 8° par craneano es el auditivo); “te llama el Dr. Escudero” (anuncio para avisarle a un colega que es hora de ir a comer); dale Vitamina V (Valium)

Niveles de uso

La diversidad de interpretaciones, defensas, ataques, impugnaciones y justificaciones que merecieron algunas descripciones de este registro, desencadenadas por el artículo mencionado, evidencia un foco de inestabilidad y desacuerdo en considerar cuál es el uso “adecuado” del llamado lenguaje informal o jerga médica. Tal diversidad parece concentrarse en lo que Ciapuscio llama el *nivel situacional* en donde “se parte del supuesto de que el hablante ha almacenado un ‘saber sobre modelos de situaciones’ que se activa para la solución de tareas comunicativas específicas” (Ciapuscio 2003: 99). Sería dicho modelo el que está en tela de juicio o aún en vías de construcción y de consenso; es probable que no esté claro entre la propia comunidad discursiva qué es lo que hay que “solucionar” a partir de qué “tarea específica”.

Para echar un poco de luz en esta multiplicidad de cuestiones, intentaremos sistematizar toda la información que hemos podido recoger, aplicando los parámetros propuestos por Ciapuscio (2003: 97 y ss.) correspondientes al *nivel situacional* y *funcional*, que son los que en este caso resultan más pertinentes para la tipificación que podemos llegar a proponer, al que le hemos agregado el de “estilo”: serio o humorístico, como parámetro importante a la hora de caracterizar este registro.

Nivel situacional

A. Marco de las interacciones:

Siempre guiados por los datos que provienen de nuestro corpus, este lenguaje se caracteriza por ser usado en los siguientes ámbitos, que enumeramos desde el más informal al más formal:

- pasillos de hospital
- pases de guardia, rondas, sala de residentes
- situaciones de emergencia
- durante un procedimiento quirúrgico
- Ateneos
- historias clínicas

B. Interlocutores y relación de simetría:

- 1) Especialista-especialista (relación simétrica)
- 2) Especialista-lego (relación asimétrica)
- 3) A esta distinción tradicional debemos incorporar una situación privativa del tipo de lenguaje que estamos analizando: especialista-especialista + lego presente (paciente y/o familiares)

C. Parámetro espacio-temporal: en casi todos los casos la comunicación es cara a cara; la excepción la constituye el “contagio” de este registro oral al escrito, en la redacción de historias clínicas [3] por parte de algunos usuarios, generalmente jóvenes.

Nivel funcional

Las cuatro funciones textuales que Ciapuscio considera pertinentes para sistematizar clases textuales son: *expresarse, contactar, dirigir e informar*. Normalmente cada texto es plurifuncional, con predominio de alguna función sobre las otras, que se consideran como subsidiarias o complementarias, aunque también es concebible algún texto monofuncional (con presencia de una sola función).

Ciertas recurrencias encontradas en nuestro corpus nos habilitan a afirmar que las *funciones* textuales de cada texto prototípico se encuentran en relación de dependencia respecto de las categorías *situacionales*, mencionadas en el apartado anterior. En efecto, su ordenamiento y disposición jerárquica parecen variar, principalmente, de acuerdo a los interlocutores intervinientes (y su relación simétrica / asimétrica) y, en menor medida, según el ámbito de la interacción. De esta manera, efectuamos un cruce entre categorías situacionales y funciones textuales y esto no ha permitido dar cuenta de la extremada diversificación de usos descriptos, ordenándolos a partir de tres situaciones globales, según los interlocutores que intervienen en el acto de comunicación. De este cruce resultan 7 combinaciones (enumeradas desde la a) hasta la h)) en las que

las funciones textuales se disponen en un orden jerárquico particular, que tomaremos como punto de partida hacia una propuesta de tipologización.

Situación 1: comunicación experto-experto, sin presencia de terceros (legos)

Aplicando el criterio de comenzar por el ámbito más formal y el estilo más “serio”, la presencia y orden jerárquico de las funciones textuales se dispondrían según las siguientes alternativas:

a) Una función *informativa*, en el caso de una comunicación técnica seria, sin rasgos humorísticos, como puede darse en una discusión típica dentro de un Ateneo. Corresponde al caso más cercano a un texto “monofuncional”. El único rasgo que este registro mantiene para seguir siendo denominado *argot* consiste en ser un lenguaje especializado que responde a las necesidades y costumbres de la expresión oral: uso de expresiones apocopadas, siglas, acrónimos, reformulaciones informales de términos científicos, etc. que no están consignados ni se usan en el registro escrito (excepto en algunas historias clínicas).

Ej. (reconstruido) “*El paciente sufrió una tormenta eléctrica [arritmia ventricular] le pedimos un ECG [electrocardiograma] y finalmente aplicamos una dosis de epi [epinefrina]*”.

b) Una función *informativa* dominante con una función *directiva* complementaria en casos de emergencia, o de intervención quirúrgica. Es semejante al caso anterior, en el que se agregan actos de habla directivos. Ej. (reconstruido) “*está sangrando, pongámosle una goti [de sutura química]...*”

c) Una función *expresiva* [4] y de *contacto*, con una función *informativa* subsidiaria, en el caso de ámbitos relajados (pasillos, pases de guardia, sala de residentes) que invitan al lenguaje humorístico y burlón. Comparte con las dos anteriores, el tema o contenido del lenguaje, que sigue siendo del ámbito de la Medicina, pero en un estilo absolutamente opuesto: informal humorístico. Ej.: (reconstruido) “*El paciente de la 8 está pidiendo pista [corre riesgo de muerte], y el que ingresó ayer tiene una cara de ciclosporina [drogadicto] que lo vende...; nos tocan cada caño [tenemos mala suerte] en la guardia!!*”

Situación 2: comunicación experto-experto en presencia de terceros (paciente o familiares)

Aquí la situación se complejiza. Estamos frente a una categoría lingüística nueva: la de destinatario “indirecto” [5]. La presencia de éste actúa como un condicionamiento que obliga a distorsionar, ocultar o deformar la información para no herir la imagen del tercero presente, que hemos caracterizado anteriormente como un procedimiento de cortesía, más específicamente como cortesía *negativa*, por su carácter de atenuador de los actos amenazadores de imagen (Charaudeau & Maingueneau 2005:358).

En este caso encontramos:

d) Una función dominante, que es la de *informar* al destinatario directo (experto) y una función complementaria, si se me permite incluir esta nueva categoría: *desinformar* al destinatario indirecto (paciente). El estilo se mantiene en los cánones de la “seriedad”. Ej. (reconstruido) “*Este paciente tiene posibilidades de pasar al código azul [corre riesgo de infartarse]*”

Cuando a este intercambio de información entre expertos se le suman rasgos de humor, alusiones despectivas, sardónicas o burlas, estamos frente a:

e) Una función *informativa* dominante, una *desinformativa* complementaria, y funciones de *expresión* y *contacto* subsidiarias. Ej. (reconstruido) “*Cuidado con el 8vo par craneano [atención que está en condiciones de escuchar], tiene el síndrome del 4º ventrículo [está loco]; dale un obecalp [placebo] y listo*”

Estos dos últimos casos comparten el marco interaccional: generalmente se da en las llamadas “rondas” o cuando “se pasa sala”, en las que los profesionales intercambian entre sí comentarios y opiniones alrededor de la cama de paciente.

Situación 3: experto-lego

Por último, nos resta considerar el caso de interlocución entre especialista - lego, donde el paciente o sus familiares cumplen el papel de destinatarios directos, y que podemos encuadrar como “comunicación externa” (entre disciplinas y mundo público o cotidiano) frente a todas las anteriores, que responden a la categoría de “comunicación interna” (Ciapuscio 2003:99).

Estrictamente hablando, el *argot* se define a partir del intercambio entre especialistas (comunicación interna), por lo que no cabría incluir esta situación de interlocución, pero debemos hacerlo porque abundan las quejas sobre lo incomprensible que resulta el lenguaje que el médico dirige al paciente. Si bien esta conducta es atribuida, como mencionamos al principio, a rasgos de manipulación o demostración de poder, creemos que en la mayoría de los casos se debe simplemente a desinterés o incapacidad del tratante para hacerse comprender cabalmente por el paciente. En cualquier caso, la “solución a la tarea comunicativa específica” no es exitosa, ya que la necesidad de *informar* y *dirigir* al paciente en su conducta terapéutica futura - como funciones que deberían predominar en esta situación- no se ven cumplidas con claridad.

En resumen, se pueden dar dos alternativas, una de ellas sin éxito, lo que justifica su inclusión bajo el rótulo de *argot*, y la otra con éxito, lo que la hace ingresar en el registro “divulgativo”:

- f) Una función *desinformativa* (o informativa distorsionada) predominante, ya sea por motivaciones (concientes o no) de demostración de poder o autopresentación de prestigio (función *expresiva*) o por incompetencia comunicativa. Ej. (reconstruido) “*Cada vez que sientas eso tenés que hiperventilar*” (dirigido a un niño de 8 años)
- g) Una función *informativa* predominante con una función de *dirección* complementaria, cuando el acto comunicativo es exitoso. Este último ítem no entra en el campo del *argot*. Aquí el hablante le ha aplicado al lenguaje técnico una maniobra de reformulación y adaptación a los propósitos comunicativos, adoptando una nueva perspectiva sobre el tema (didáctico-divulgativa), por lo que debemos hablar ahora de un texto divulgativo.
- h) “*Cada vez que sientas eso tenés que respirar profundamente varias veces*”

Es lo que Ciapuscio (2003:100) categoriza dentro del nivel III, de contenido semántico, en estrecha relación con el nivel funcional del que venimos hablando

Tareas comunicativas específicas, soluciones y modelos de situación.

Comentamos en apartados anteriores que la polémica que despertó el artículo de Tarazona sobre el “uso adecuado” del llamado lenguaje informal médico y *argot*, revelaba una zona de inestabilidad e indefinición respecto a los modelos de situación presentes en la mente de sus usuarios. La propia autora plantea al comienzo de su artículo que el lenguaje del que va hablar “es difícil de emplear y emplear bien: en el ambiente y el marco adecuados” (2008:1). Haciendo un recuento de las críticas e impugnaciones más habituales, podemos resumir la cuestión en los siguientes términos.

El punto de divergencia principal que se plantea entre los usuarios está en la presencia o no del paciente en el acto de comunicación entre los especialistas, y en la forma y función de ese acto comunicativo. Es esta situación “triangular” la que está en la base del conflicto más importante: ¿Hasta qué punto el uso de un lenguaje críptico entre especialistas frente a pacientes y familiares responde sinceramente a una intención de salvaguardar la imagen del destinatario indirecto y no a una demostración de poder? Solamente en la conciencia de cada usuario en el momento de llevar a cabo su acto estará la respuesta a tal pregunta. La tarea comunicativa específica parece ser, en la hipótesis más benigna, una voluntad conciente de evitar transmitir informaciones perjudiciales. Esta situación está legitimada por algunos lectores que la describen como el resultado de un “pacto implícito” para evitar sufrimiento innecesario al que escucha. Pero si en la misma situación descrita, a ese lenguaje incomprensible se le suman rasgos de sarcasmo, humor negro y alusiones ofensivas en presencia del tercero, está claro que no existe justificación posible a tal uso. En este último caso, el gesto de protección deja de ser tal para transformarse en una actitud reprochable éticamente.

También reciben reproches la falta de claridad y ambigüedad que produce el abuso de siglas y acrónimos en la comunicación entre expertos, y el uso del *argot* profesional en la comunicación con el paciente como destinatario directo. Estas dos situaciones son más claras de resolver: el primer caso se soluciona imponiendo normas estandarizadas de formulación de siglas y acrónimos o restringiendo su uso [6]; y el segundo, utilizando un lenguaje de divulgación, que no siempre es fácil de implementar, por lo que se debe enseñar como una competencia comunicativa nueva a desarrollar. [7]

Ensayo de tipologización

Por supuesto estas notas que ofrecemos son simplificaciones en un campo de la comunicación profesional que está plagado de matices, sutilezas, contradicciones, y honduras psicológicas e incluso éticas que exceden cualquier intento de esquematización. De todos modos, la posibilidad de visualizar ciertos modelos de situación como prototípicos, a partir del orden jerárquico de sus funciones textuales en relación con interlocutores y ámbitos de interacción, nos allana el camino para postular la existencia de los siguientes sub-registros:

1. El *argot* de “oficio”: lenguaje médico especializado oral, actividad de renombración que alcanza al conjunto del entorno del trabajo (personas, actividades productivas, objetos de la actividad). Funciones predominantes: *informar* y *dirigir*, en ámbitos como Ateneos, intervenciones quirúrgicas, y marcos formales en general.
2. La “jerigonza humorística”: lenguaje médico técnico-humorístico, actividad lúdica e identitaria, marcadora de cohesión de grupo. Funciones predominantes: *expresarse* y *contactar*, en ámbitos con el más bajo nivel de formalidad.
3. El “lenguaje médico eufemístico”: destinado a ocultar información y atenuar efectos desagradables en el tercero presente en la interlocución. Función predominante: *informar* “menos” por cuestiones de cortesía, que puede combinar elementos del *argot* de oficio con algunas operaciones específicas (hablar al “vesre”, oscurecer o deformar expresiones para no ser comprendidos, etc.)

Los tres sub-registros sobreentienden la interlocución entre expertos, pero cada uno de ellos presenta una contraparte de “usos inadecuados”, que son los siguientes:

—El registro 1. puede ser usado inadecuadamente cuando el profesional se dirige a su paciente como destinatario directo, por la asimetría en los conocimientos de los interlocutores que vuelve incomprensible el intercambio. También puede llegar a resultar inadecuado cuando se usa entre expertos, pero en un ámbito muy relajado y de distensión máxima.

—El registro 2. resulta inadecuado cuando no se restringe al ámbito cerrado de intercambios entre expertos en un ámbito informal, e invade el marco interaccional en el que está presente el paciente o sus familiares.

—El registro 3. no resulta inadecuado, siempre que reduzca al mínimo sus operaciones de “desinformación”, para no caer en la demostración de poder o en la tentación de hacer uso de alusiones irónicas o humorísticas (con recursos típicos del registro 2).

Como vemos, pequeñas modificaciones en el contexto condicionan la adecuación o no del sub-registro que se utiliza. El médico se ve así obligado a alternar arriesgadamente entre distintas “cuerdas” de un nivel de registro a otro, y con parámetros espacio-temporales bastante constantes, lo que hace aún más dificultoso el manejo del abanico de variables que intervienen. Esto podría explicar el hecho de que aparezcan tan frecuentemente situaciones de inadecuación, que son censuradas por propios y ajenos.

Conclusiones

Es apasionante verificar cómo en un ámbito circunscripto como el de la comunicación entre profesionales pueden hacerse tan evidentes cuestiones que atañen a la ética, la valoración social, el poder, la compasión y tantas otras que exceden, ampliamente, a una simple razón de información. Una vez más, el lenguaje se muestra no sólo como vehículo de meras referencias sino también como creador de vínculos cargados de afectividad, fuente de valoraciones sociales y disparador de efectos, que a veces resultan beneficiosos y otras no tanto. Esto último se agudiza enormemente en un área del saber como es el de las Ciencias de la Salud, en la que el “tema” o el “contenido” de lo que se habla involucra siempre, inevitablemente, a una persona, su cuerpo, su psiquis, y sus posibilidades o no de vida, su felicidad o infelicidad, nada menos.

Notas:

- [1] El principio de cantidad de Grice prescribe que debe proporcionarse el *quantum* de información necesaria que demanda la racionalidad de la situación comunicativa. El principio cooperativo de

modo regula acerca de la claridad y precisión deseables para lograr ser comprendidos por el interlocutor.

- [2] Según la regla de cortesía, se evita transmitir una información al interlocutor que pueda dañar o amenazar su imagen, omitiéndola o distorsionándola eufemísticamente.
- [3] Esta costumbre también recibe críticas desde varias posiciones, e incluso es desaconsejada por las compañías de Seguros, quienes ven en ella una fuente de conflictos a la hora de afrontar juicios por mala praxis.
- [4] Empleamos el concepto de función *expresiva* en el sentido que describe Ciapuscio (2003:98) como función para “liberarse, descargarse psíquicamente y autopresentarse”. Esta función coincide, a grandes rasgos, con la interpretación mencionada anteriormente acerca de la necesidad de utilizar mecanismos defensivos humorísticos para liberarse del stress provocado por el ambiente opresivo hospitalario.
- [5] Kerbrat-Orecchioni (1986:33) define como “destinatario indirecto” aquél al que no se le destina en forma directa el mensaje, pero que condiciona y deja su huella en él.
- [6] Tarea por la que viene bregando hace años un ya famoso crítico de esta situación, el Dr.T.O Cheng quien ha escrito más de 64 artículos al respecto.
- [7] Cualquiera que haya trabajado sobre estos temas o que se ha visto involucrado en una experiencia de este tipo, sabe que esta operación no es en absoluto sencilla, e implica el aprendizaje de una competencia que no suele desarrollarse espontáneamente. Confirma esta presunción el dato que aporta Tarazona (2008:3) respecto la existencia de cursos en universidades de EEUU y Australia, destinados a capacitar a los médicos en la tarea de “bajar el registro”.

Corpus:

Autor? (2007) *Acronémesis* en: <http://www.delgaleno.com/>

Flichtentrei, Daniel (2006) *Rescatar la palabra para evitar el naufragio*. Entrevista a Ivonne Bordelois, en: http://www.intramed.net/actualidad/art_1.asp?idActualidad=42659&nomCat=

Lantigua, Isabel F. (2008) *El ‘lenguaje secreto’ de los médicos* , en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud>

Navarro, Fernando A. (2006) *Pequeño glosario inglés-español de términos jergales y coloquiales en medicina*, en *Panace@*. Vol VII, n° 23. Junio, 2006:

Tarazona, Claudia Susana (2008) *Lenguaje médico informal y jerga médica*, en: <http://www.intramed.net/servicios>, del 16/01/08

Bibliografía

Brown, P. & S. Levinson (1987): *Politeness. Some Universal en Language Usage*. C. University Press, Cambridge,

Ciapuscio, Guiomar (2003): *Textos especializados y terminología*. Institut Universitari de Lingüística aplicada. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Kerbrat-Orecchioni, Catherine (1986): *La enunciación. De la subjetividad en el lenguaje.*, Hachette, Buenos Aires.

Chareaudeau, P. & D. Maingueneau (2005): *Diccionario de Análisis del Discurso*. Amorrortu, Barcelona.

© *Nora Isabel Muñoz 2009*

Espéculo. Revista de estudios literarios. Universidad Complutense de Madrid

2010 - Reservados todos los derechos

Permitido el uso sin fines comerciales

Súmese como [voluntario](#) o [donante](#) , para promover el crecimiento y la difusión de la [Biblioteca Virtual Universal](#). www.biblioteca.org.ar

Si se advierte algún tipo de error, o desea realizar alguna sugerencia le solicitamos visite el siguiente [enlace](#). www.biblioteca.org.ar/comentario

