

El lenguaje médico, algo más que información

De cómo los lingüistas y los médicos pueden entenderse

Joaquín García Palacios*

Resumen: La presencia en el lenguaje de un importante componente de poder nos lleva necesariamente a la consideración de la dimensión ética implícita en las tareas que se repiten en cada uno de los actos verbales en que participamos. Cualquier especialista en un ámbito del saber debe ser consciente de cómo funciona el lenguaje en muchos aspectos que directamente le afectan, de cómo la selección de los elementos y su combinación —estén éstas más o menos automatizadas— han de ir dirigidas a la adecuación de un mensaje que no desoriente a su interlocutor.

En este artículo se propone una reflexión sobre unas tareas que no se llevan a cabo de una manera ingenua, sobre unos dominios en los que la palabra, además de servir para comunicar algo, tiene dos poderes: el de la acción y también el de la sugestión. Todo un mundo de hechos explícitos e implícitos entra en juego cada vez que alguien se decide a actuar por medio del lenguaje. Un mundo de intenciones y expectativas, de colaboración y compromisos, al que el médico no puede dar la espalda.

Medical language, something more than information. (On how linguists and physicians can understand each other)

Abstract: The fact that language is comprised of an important power component brings us, of necessity, to reflect upon the ethical dimensions of the tasks involved in each and every verbal act we engage in. Specialists in any field should be aware of how language works in many ways that directly affect them, of how the choice of elements and their combination—regardless of how mechanized they may be—should be geared toward crafting a message that does not mislead the interlocutor.

This article puts forth ideas on certain tasks that are not performed naively, on domains in which words, besides conveying a message, have two types of power: the power of action and the power of insinuation. An entire universe of explicit and implicit events comes into play whenever someone decides to act by making use of language. It's a world of intentions and expectations, of collaboration and commitments, which a physician cannot ignore.

Panace@ 2004; 5 (16): 135-140.

El título de la conferencia que ahora vemos convertida en artículo era en un primer momento «El lenguaje médico, giros y expresiones».¹ Un título muy aprovechable, con el que habríamos recorrido los caminos de las anécdotas acerca de las palabras percibidas como distintas. Las palabras de una profesión que, como todas, está llena de voces propias, de giros y expresiones que a unos —sus usuarios habituales— les parecen naturales y a otros nos sorprenden.

No era esa, sin embargo, mi intención.

Deseaba compartir, en principio con los asistentes al Congreso de la SEDAP y ahora con los lectores de este artículo, mi visión del lenguaje y de las lenguas, hablarles de palabras, giros y expresiones, y centrarme en cómo los médicos hablan con los pacientes. Pero no quería, no quiero, ir con la «visión del turista» de que hablaba el gran filólogo venezolano Ángel Rosenblat, que es la de quien observa y retrata lo diferencial, lo que le resulta extraño. Eso lo vi claro desde el mismo momento en que comencé a esbozar este texto.

Mi reto personal, que tal vez raye en la osadía, era adentrarme en un terreno que a otros pertenece. Pero quizá se me dispense un poco si saben que no he querido hacerlo con la desfachatez del que viene a poner orden en casa ajena, y menos

aún a corregir los deslices y desmanes que todos cometemos cuando usamos mal nuestra lengua o cuando la tratamos con desdén, despreocupándonos de si estamos utilizando la palabra que nuestra lengua nos brinda o si, por el contrario, nos dejamos contagiar fácilmente por los usos y costumbres que nos llegan de otras lenguas que ahora son preponderantes en la comunicación científica.

Me mueven la curiosidad y la observación de las actitudes de un colectivo —los médicos— que, como tantos otros, pertenecientes a diferentes grupos profesionales, tienen el gran privilegio de ser actores principales de ese gran teatro de la comunicación humana. A estudiar la comunicación me dedico. A estudiar cómo esa comunicación se concreta en los intercambios llevados a cabo por los profesionales de una o varias lenguas. Por eso tienen que concederme la venia que me permita adentrarme en la comunicación que llevan a cabo los médicos con otros médicos o con quienes estudian para llegar a serlo, o con quienes simplemente nos vemos necesitados de sus atenciones y cuidados.

Recojo por tanto el permiso que la amabilidad y paciencia de todos ustedes me otorgan, y voy a aprovecharlo para proponerles un pequeño viaje, que en primer lugar quiero que sea hacia el pasado.

*Facultad de Traducción e Interpretación, Universidad de Salamanca (España). Dirección para correspondencia: gpalacios@usal.es.

Desde los textos antiguos a los modernos

Cuando Bernardo de Gordonio, en su *Lilio de medicina*,² magna obra de principios del siglo XIV aunque traducida al castellano a finales del XV, sitúa la *memoria* en la parte posterior del cerebro y la *imaginativa* en su parte anterior, al lado del que llama *sentido común*, y mezcla pormenorizadas descripciones anatómicas de algunos órganos con fragmentos que nada tienen que ver con la científicidad, no hace sino reflejar el estado de los conocimientos sobre medicina de su época, muy alejados de los que hoy se poseen sobre la misma materia. Sorprende por tanto el tratamiento que hace de los males y su curación, extraños en una época como la nuestra, en la que vamos conviviendo con los grandes avances que los neurocientíficos realizan en el estudio de la mente humana y que les permiten situar anatómicamente las distintas funciones de ésta. El poder de evocar, de ver o de hablar puede situarse ahora en diferentes partes del cerebro; antes eran las potencias del alma las que tenían asignadas esas peculiaridades del humano.

Hace poco más de veinte años se habría mirado con extrañeza a quien hablase de la modularidad cerebral o de los mecanismos físicos asociados al funcionamiento de la mente.³ En el siglo XV habría sido tomado totalmente como ficción científica (si es que los hablantes de aquella época hubiesen dispuesto de ese concepto), y probablemente se hubiera reclamado el auxilio de la Inquisición para «evaluar» tan extraño atrevimiento.

En aquellos momentos la normalidad no era recurrir al paracetamol o a cualquier otro analgésico para un dolor de muelas, sino que pasaba por facilitar en libros de medicina como el *Manual de mugeres* (siglo XV) recetas para acabar con los «gusanos» de los dientes:

Tomaréis la simiente de la hierbabuena y ponerla heis sobre las brasas. Y rezebid el humo della en la boca. Quitaros ha el dolor y mataros ha los gusanos.⁴

Época en la que era habitual también encontrar fragmentos como el siguiente, extraído del *Compendio de la humana salud*, de Johannes de Ketham:⁵

Cap. III. De las utilidades de la sangría

La sangría repara el coraçon y el pensamiento, acrecienta la memoria, adelgaza e haze subtil el sentimiento, aclara la boz e aguza la vista, templá el oydo, procura digestión, succorre al estomago, destierra la mala sangre, confuerta la natura e conella bota defuera todos los malos humores, e administra sanidad de luenga vida.

Es posible sin embargo que al médico actual le resulte extraño el lenguaje empleado y le sorprenda que se conceda tanta importancia a las sangrías, de la misma manera que le sorprenderá que se atribuyan al «ayuntamiento desordenado y muy continuo» características tales como ser «venenoso y dañoso», «destruir la vista y desecar el cuerpo», «traer fiebres agudas» y «acortar mucho la vida», y que esto además se demuestre por la analogía que hacían los sabios de la antigüedad, Aristóteles y Alberto Magno, con un pajarito: «estos pájaros llamados

gorriones, que andan por los tejados, por el muy continuo y desmesurado ayuntamiento, no viven más de tres años».⁶

La sonrisa que le produce al médico moderno un fragmento como el anterior no tiene por qué ir acompañada de extrañeza, ya que éste ha visto cómo su lenguaje ha ido cambiando no sólo por la evolución natural de la lengua, sino también por la evolución (igualmente natural) de la realidad con la que está en contacto permanente en su vida profesional: hay nuevas realidades, nuevas técnicas de exploración, avances en la investigación que permiten al médico tener nuevos conocimientos y así intentar diagnosticar y curar de una manera más eficaz.

Es por tanto el paso del tiempo el que puede llevar a una supuesta incompreensión entre el médico renacentista y el actual, no unos conocimientos más que de sobra superados. Incompreensión que tenemos que plantearnos como un mal menor si entre nuestros intereses no está el de conocer la historia de nuestra lengua, en este caso concreto reflejada en la trayectoria del discurso médico a lo largo de la historia del español.

Los movimientos de nuestro viaje tienen que realizar un cambio, que nos va a llevar ahora no por los laberintos del tiempo, sino por las distintas *áreas de la actividad humana*, de los conocimientos diversos en función de la actividad que cada uno desarrolla. Nuestro objetivo es reflexionar sobre los cambios que eso implica en el uso de la lengua.

Conscientemente, quiero decir *lengua* y no *lenguaje*, porque el destinar una lengua natural (en nuestro caso, el español) a la comunicación profesional, especializarla para hablar de tal o cual asunto, posiblemente no implique ninguna modificación sustancial en lo que respecta al uso de esa facultad humana que denominamos lenguaje. Por eso no tiene ningún sentido aquella máxima tan conocida en la que a cada lengua se le otorgaba una habilidad especial, suponiendo de esa manera cierta superioridad de unas lenguas sobre otras: el francés para hablar de amor, el español para hablar con Dios y el alemán, que salía malparado, para hablar con las bestias (tópico que por otra parte se encargaron de perpetuar los estudios cinematográficos estadounidenses en las películas sobre la Segunda Guerra Mundial).

Tópicos que han causado un gran mal al fomentar unos prejuicios lingüísticos que la investigación ha tenido que desmontar convenientemente, pero que por desgracia están demasiado arraigados en la conciencia lingüística de los hablantes de a pie.

En nuestro caso habremos de acercarnos sin prejuicios a las actitudes que los humanos tenemos con el lenguaje para saber cómo funcionamos con él y para qué nos sirve, qué hacemos con esa facultad inherente a nuestra especie y exclusiva de ella, al menos en la forma tan desarrollada que tenemos en la actualidad. Sólo de esa manera podremos obtener indicios que nos permitan conocer si la comprensión entre los distintos grupos profesionales puede llegar a conseguirse o si, por el contrario, en la relación de unos colectivos con otros, a pesar de hablar la misma lengua, estamos condenados a la incompreensión.

Lengua para actuar

Comentábamos más arriba que todos nosotros éramos actores principales en el gran teatro de la comunicación. Fijémonos

ahora en este dato, que me parece fundamental. Pero al hablar de actores quiero que pensemos, más que en quienes en el teatro o en el cine simulan ser otros, en quienes actúan, en el sentido de que «hacen algo».

La percepción que en general tenemos sobre la lengua es la de que cuando producimos un mensaje lo que estamos haciendo es informar. No constituye éste un punto de vista acerca de la lengua exclusivo de los que somos simples usuarios de ella, pues aparece incluso en manuales universitarios que intentan describir las lenguas de especialidad. En estas obras se señala que uno de los rasgos caracterizadores de la comunicación entre expertos consiste precisamente en la producción de textos de carácter informativo, es decir, con la función de proporcionar información sobre una realidad determinada, la propia de la especialidad.

No puedo negar que esto sea así, pero estaría conformándome con una visión bastante reducida de los hechos si aceptase como exclusiva esa función referencial o informativa del lenguaje.

El mensaje de consejo que el preparador da al boxeador que está recibiendo una gran paliza, diciéndole desde el rincón «¡Tira la toalla, tira la toalla!», puede ser interpretado en su sentido literal, informativo, pero también en un sentido realizativo, de algo que ha de hacer y que tiene sus consecuencias. De ahí surge la ambigüedad que puede dar lugar al chiste, cuando el boxeador responde: «Tírsela, no; en todo caso se la dará en la mano, para que no se enfade todavía más».⁷

Es verdad que el lenguaje sirve para informar (que cuando digo «ordenador» quiero transmitir el significado de la palabra que remite a esa máquina), es verdad que muchos textos especializados se centran en la transmisión de información. Pero no exclusivamente en ello.

El tríptico que encuentro en la farmacia y en el que se me informa de las diferencias entre *migraña*, *jaqueca* o un simple *dolor de cabeza*, en el que se habla de *dolor pulsátil*, *palidez facial* o *aura*, pretende realmente informar, pero esa es una función más entre otras que sobresalen por encima de ella. Ese texto tiene fundamentalmente una función persuasiva, y pretende conseguir dos cosas: que el paciente haga por informarse y se someta a un diagnóstico por parte de su médico, y que, si opta por consultar al farmacéutico —la otra opción que se le facilita—, elija el medicamento del laboratorio que subvenciona la producción del folleto.

El poder de la palabra

La palabra «¡cuidado!» con la que transmito una advertencia ante un peligro determinado, con la que no informo de nada pero consigo llamar la atención de otra persona; esa palabra con la que no sólo se dicen cosas, sino que *se hacen cosas*, tiene poder.

De hecho, si la palabra no tuviese tanto poder —el poder pretendido por quien usa la palabra y al mismo tiempo el poder que percibe en la palabra quien la recibe—, el lenguaje no sería lo que es.

Para unos es la palabra que equivale a una orden para la actuación, para otros es el temor a la orden recibida mediante la palabra; en otros casos es la palabra que da cuenta de un sentimiento profundo al que se tiene miedo a acceder.

Si no existiese ese poder en la palabra, ¿por qué iba a producirse una preocupación tan grande de los distintos poderes por utilizar las palabras de una manera o de otra, por elegir una opción concreta entre dos o más posibilidades, una elección que normalmente no es ingenua, sino que tiene alguna motivación?

No es ingenuo el *hacheberos* que la periodista Rosa Montero creó utilizando las posibilidades de la lengua en un momento en el que con su palabra pretendía transmitir todo su desprecio a quienes acababan de asesinar a una serie de personas en un atentado terrorista.

De la misma manera que no lo es la elección de *terrorismo* que hizo el presidente iraquí en su discurso de la Cumbre de Cooperantes de Madrid el 24 de octubre de 2003 para dar cuenta de las acciones de lucha contra el ejército norteamericano, cuando perfectamente podría haber hablado de la *resistencia* o de los *insurgentes*, término este último que prefieren utilizar las agencias internacionales de noticias.

Esa falta de ingenuidad en las selecciones léxicas que realizamos, o, si se prefiere, esa intencionalidad con que actuamos en nuestros actos verbales, es algo tan asumido como inherente al lenguaje que, de hecho, cuando el destinatario del mensaje no percibe dicha intención piensa que su interlocutor está escondiendo algo en su mensaje o que persigue un objetivo que él no consigue interpretar. Y lo hace porque tiene interiorizado que en los intercambios verbales lo que no aparece explícito también tiene un significado, o es el indicio de una intención.

Quienes son profesionales de la comunicación (periodistas, profesores de lenguas, publicistas, etc.), quienes la estudian, son muy conscientes de esa condición del lenguaje. Así, como decía la defensora del lector de un diario de tirada nacional, en su periódico son conscientes de que «el lenguaje no es gratuito»,⁸ y que no lo es hablar de *daños colaterales* en lugar de *matanza de civiles* o de *muerdes de personas inocentes*, de la misma manera que tampoco lo es cargar positivamente *aliados* o *coalición* (en alusión clara a las fuerzas libertadoras de la Segunda Guerra Mundial) en lugar de los *asépticos* «tropas de EE. UU. y Reino Unido» o «fuerzas británicas y estadounidenses».

Esos términos, tan bien elegidos para minimizar ante la opinión pública un conflicto bélico bastante impopular, suponen un fuerte apoyo a la intención del emisor del mensaje, que ve así como la selección de los términos utilizados beneficia el que la transmisión de la información sea entendida en la línea que necesitaba o pretendía.

A veces las palabras que existen para nombrar algo nos parecen demasiado crudas, excesivamente ásperas, y optamos por utilizar otras, con las que pensamos (sólo pensamos, porque luego no es así) minimizar el daño, no parecer tan groseros, tan vulgares, o por el contrario parecer más finos o menos ñoños. Y en otras ocasiones lo que perseguimos con la palabra es atacar. Es lo que sucede cuando conseguimos calificar una acción como un ataque con el simple añadido del sufijo *-azo*. Así ocurrió con el conocido *medicamentazo*, en el que el principal objetivo que se pretendía conseguir no era transmitir información alguna, sino atacar al otro, al que había realizado el acto que era percibido como una agresión, la subida de los medicamentos, o con los intentos de golpes de Estado de Pinochet o Tejero (con sendos *pinochetazos* o *tejerazos*).⁹

La palabra, efectivamente, tiene mucho poder.

Tiene, en primer lugar, el *poder de la acción*.

Sólo desde esa perspectiva de la fuerza de la palabra puede comprenderse la comparación con la que el ciclista Lance Armstrong describe el momento en que el médico le dijo que tenía cáncer: «es como si vas pedaleando tranquilamente por la carretera y un camión enorme te arroja de la calzada».

Una situación similar se produce en la película *Mi vida sin mí*, de Isabel Coixet, en la que se observan las dificultades que tiene el médico para comunicarle a la actriz protagonista que le ha hallado un tumor y que sólo le quedan dos meses de vida. Dificultades que Anne, la protagonista, achaca a una timidez que por cierto no es tal, sino la dificultad de decir algo que, en cierta manera, supone darle «la muerte» a quien todavía no es consciente de ella, de su omnímoda presencia. El lenguaje es acción, y con ese acto el médico ejecuta una sentencia que lleva implícita la paciente por el hecho de estar viva. El médico no es más que el mero intérprete, el transmisor de esa palabra que es acto, que va a cambiar de manera inexcusable una vida. Es evidente que en la realidad la vida de esa persona cambiaría igualmente. Pero la necesaria imaginación con la que debemos afrontar cualquier hecho puede enseñarnos algo: en la película la vida de esa persona cambia totalmente a partir de ese momento, y se dedica a imaginar qué será la vida de sus seres queridos sin ella y a dejar bien atadas las cosas antes de morir. A partir de ese momento —y es la palabra la que supone, la que encarna el momento crucial— descubre que su vida ha sido un sueño y que en ese momento está empezando a despertar. Es así como la ficción nos lleva a la verdadera realidad.

En segundo lugar, la palabra tiene el *poder de la sugestión*.

Hace unos meses coincidí en un acto académico con una ilustre investigadora, ya jubilada aunque todavía muy activa, que estaba siendo sometida a quimioterapia. Comentándole yo el jaleo en el que me había metido con esta conferencia destinada a directivos de atención primaria y cómo intentaría salir airoso del mismo, me dijo: es importante, Joaquín, que en esa conferencia que vas a dar en Toledo hables también del poder de la palabra en el paciente y de cómo el concepto que éste tiene de la palabra *cáncer* va cambiando a medida que lo va asumiendo. Es decir, al mismo tiempo que va asumiendo su enfermedad, va familiarizándose con la denominación y sabiendo que los estereotipos transmitidos con la palabra pueden no ser ciertos, ya que ésta no tiene por qué ser sinónimo de muerte en el momento actual. Esta señora, química de profesión, a la que desde aquí quiero hacer un homenaje por su contribución al entendimiento entre ciencia y lengua con sus aportaciones al estudio de la terminología del español, en dos días que estuvimos en Granada junto con otros colegas, evocaba la palabra —*cáncer*— como una manera de liberación de su enfermedad. Nombraba para liberarse de la que en ese momento era su mayor preocupación. Esa mujer, optimista, creyente, con pleno convencimiento de que lo que tenía que dar al mundo se lo había dado ya —diez hijos, muchos discípulos, una importante carrera de investigadora, etc.— y de que lo que sucediese a partir de esos momentos dependería del destino, que ella llamaba Dios, decía «cuando Dios me llame»; otra vez la palabra evocadora, la metáfora de la muerte, en este caso como una «llamada» de Dios.

Precauciones con el lenguaje

La presencia en el lenguaje de este elemento de poder nos lleva necesariamente a la consideración de la dimensión ética implícita en esas dos tareas fundamentales de *selección* y *combinación* que se repiten y se repiten en cada uno de los actos verbales en que participamos.

En función de la circunstancia en que nos encontramos, de quién es nuestro interlocutor y de los conocimientos que presuponemos en él, en resumen, de todos los elementos que intervienen en cada hecho lingüístico, seleccionamos una serie de elementos (palabras, oraciones, textos) que combinamos con otros casi de manera simultánea. Elementos que son correctos desde el punto de vista gramatical, pero que han de ser adecuados desde el punto de vista comunicativo, y que en ocasiones incluso pueden ser incorrectos a propósito.

De una manera inconsciente seleccionamos las voces más cercanas a nuestra infancia cuando estamos en el entorno familiar, y elevamos el nivel controlando el discurso, que hacemos formal, cuando nos encontramos en situaciones profesionales, mucho más formales, como ésta en la que ahora mismo nos vemos inmersos ustedes —lectores— y yo.

Precauciones y control en la elección de los términos, en la modalidad de discurso empleada o en el tipo de texto producido, que muchas veces, como digo, son inconscientes, pero que en otros casos, aunque no se produzca ese automatismo, deberían ser requisitos asociados indisolublemente a la comunicación profesional.

Es normal que el médico, a medida que la investigación sobre el infarto va avanzando, sienta la necesidad de precisión que comentaba el director del Instituto de Cardiología del Hospital Mount Sinai de Nueva York, Valentí Fuster (*El País*, 9.10.2001), cuando decía que ya no se puede hablar de *arterioesclerosis*, sino de *arteriotrombosis*, no de *placa vulnerable*, sino de *vaso difusamente vulnerable*, pues «el infarto no es sólo el resultado de una inflamación y obstrucción por acumulación de lípidos de las arterias, sino que la hipercoagulación de la sangre tiene un papel muy importante». Pero es normal también que el paciente no sepa de esas disquisiciones de profesionales y que prefiera que le hablen de un «suicidio celular», del que perfectamente se puede hacer una idea, antes que de *apoptosis*, de *necrosis* o de *macrófagos*.

El especialista, el médico en este caso, ha de ser consciente de cómo funciona el lenguaje en muchos aspectos que directamente le afectan, de cómo la selección de los elementos y su combinación en unos casos parece automática, porque están automatizados los resortes para que la selección se realice correctamente, pero en otros ese automatismo no es tal y el hablante (bien es verdad que con una rapidez asombrosa) ha de seleccionar y combinar convenientemente para que no se produzca la desorientación de su interlocutor. Pero si ésta se produce, llegue por uno u otro canal, ocurra esa desorientación en un nivel o en otro del lenguaje, entonces podemos decir que la comunicación no se ha llevado a cabo correctamente, o incluso que no se ha producido, que no ha sido, como decían las primeras traducciones de los libros de pragmática lingüística, una comunicación «feliz».

Y una de las reglas de la comunicación es precisamente que en el intercambio verbal el emisor consiga lograr sus objetivos

sin defraudar las expectativas del destinatario. Lo que quiere decir que este último habrá de descodificar el mensaje producido en la línea que aquél pretendía. ¿Por qué muchas veces no preguntamos «¿qué dices?», sino «¿qué quieres decir?», es decir, entiendo tu mensaje, las palabras que has usado, cómo las has combinado, pero no tu intención?

Pero si además no soy capaz de descodificar tu mensaje porque estás usando unas palabras que no entiendo, unos giros que me resultan incomprensibles, si observo que no cooperas en la comunicación, que no haces ningún intento que me permita deducir que quieres facilitar mi comprensión, ¿cómo debo interpretarlo?, ¿como que no quieres que te entienda?

Y creo que el común de los mortales vemos el lenguaje, antes que nada, como un vehículo para la transmisión de información, y estamos convencidos de que nuestro interlocutor, también el interlocutor ocasional con el que conversamos cuando padecemos alguna enfermedad y al que nos confiamos porque es quien puede curarnos, pretende que lo entendamos. Por eso nos sorprendemos cuando no encontramos colaboración por su parte, cuando nos enfrentamos a un mensaje críptico al que por la deficiencia de nuestros conocimientos sobre medicina no podemos acceder.

El lenguaje humano perderá su sentido si no sirviera para entendernos, sino para distanciarnos. Y supongo que estarán de acuerdo conmigo en que el médico de Toledo, Salamanca o Canarias, cuando habla de medicina con sus colegas más cercanos, lo hace en español, y se entienden. Y también lo hacemos quienes nos estamos refiriendo a otros asuntos profesionales. Y quienes hablamos del tiempo o de los problemas familiares del día a día. ¿Por qué entonces a veces no nos entendemos? ¿No podemos hacerlo o no queremos?

En el caso que nos ocupa en estos momentos, se me plantea la pregunta de si el médico es realmente consciente de la situación comunicativa en que se halla inmerso, si valora correctamente esa situación y, en función de ella, en función del nivel de conocimientos de su destinatario y de sus objetivos, es capaz de adecuar el discurso por él producido.

Claro, pueden decirme que eso es cosa de cada cual y que depende de la habilidad de cada uno para conseguir esta adecuación comunicativa. Pero creo que realmente es ahí donde reside el problema.¹⁰ Nuestra sociedad, una sociedad opulenta como la nuestra, bien puede emplear los recursos necesarios para preparar a los profesionales de la salud con el fin de que sean capaces de elegir en cada momento los elementos léxicos necesarios, la palabra precisa, pero también la palabra adecuada, porque la palabra tiene un gran poder y comunica la enfermedad de la misma manera que tiene que comunicar asimismo el consuelo, la tranquilidad que le da al enfermo la comprensión.

¿Acaso un profesional de la salud se dirigiría a uno de esos pobres emigrantes incultos, de los que llegan en pateras a nuestras costas, en español si sabe que esa persona no entiende probablemente ninguna otra lengua que no sea la de su tribu del sur del Sáhara?

Si el médico no cae en ese error, ¿por qué entonces comete el de dirigirse a personas que no tienen tampoco su misma lengua de especialidad dando por hecho que le han de enten-

der porque está construyendo su discurso utilizando la misma lengua vehicular, en nuestro caso el español?; ¿por qué no es capaz de situarse en cada momento, en cada situación comunicativa, correctamente y distinguir el mensaje que dirige a su colega de otro centro sanitario del informe que hace para los padres del niño que se preguntan con temor qué será lo que el médico ha notado en su hijo al escribir que «fue adenoidectomizado a los tres años»?

Conclusiones

Es evidente que la conciencia lingüística existe en todos los hablantes y que posiblemente no sea tan general como parece la situación de incomprensión que se produce entre médico y paciente, pues a todos nos constan intentos de acercamiento con carácter personal o desde distintos colectivos e instituciones. De los cuales pueden servir como ejemplo el *Cuestionario del dolor de McGill* (conocido también por sus siglas MPQ, o por su nombre en inglés, *McGill Pain Questionnaire*) o el *Questionnaire de la douleur de Saint Antoine*, claros intentos de acercamiento a la expresión del dolor del paciente.

Es consciente el Ministerio de Sanidad y Consumo cuando en julio de 2002 prepara el texto sobre «Tratamientos hormonales sustitutivos con estrógenos asociados a progestágenos» y lo presenta con dos redacciones distintas, una para los médicos, otra para las pacientes a las que, con precisión derivada de la circunstancia, llama en el título del texto *usuarias*.

Y es consciente también el laboratorio farmacéutico que se esfuerza por redactar con claridad ese documento tan importante para el paciente como es el prospecto de los fármacos. Un documento que —a nadie se le oculta— a todas luces ha de ser distinto de la ficha técnica del medicamento dirigida a los profesionales.

Es evidente que no podemos pretender que todos los pacientes —letrados e iletrados— accedan al discurso de los especialistas a la manera de los habitantes de Quito, que de una semana para otra, a consecuencia de su contacto con el volcán Guagua Pichincha en erupción, empezaron a hablar con naturalidad de «capas freáticas», «lahares largos» y «flujos piroclásticos».¹¹ Suponemos que lo harían sin ser plenamente conscientes del significado de los términos que estaban utilizando.

Y tampoco se trata de que el médico, en un intento de acercamiento, hable igual que el paciente de un hospital granadino que expresa su dolor diciendo que tiene «un dolor en el costao apontocao ahí, sordo y recocio», o el que utiliza el más impresionista «un dolor sordo y desconsolao».

Posiblemente no pueda, pero tampoco deba hacerlo, pues en su comunicación con el paciente ha de mantener la necesaria precisión de su discurso.

Pero sí debe acercarse, saber (como seguramente sucede) que con esas expresiones sinestésicas de dolor «lento y sordo» el paciente está refiriéndose a un dolor que la ciencia llama *protopático*.¹² Ha de tender una serie de puentes hacia la comprensión, que no tienen por qué pasar por el uso del *tú*, que no siempre acerca, sino que es tomado por ciertas personas mayores como una falta de respeto.

Se trata de cambiar de estrategias comunicativas, de situarse de una forma diferente ante el hecho lingüístico, partiendo

en primer lugar de la premisa de que todo es comunicable y de que incluso los asuntos más intrincados de la ciencia, como la doble hélice del ADN, puede ser divulgados. Así lo han demostrado grandes científicos que al mismo tiempo han sido excelentes divulgadores.

Quien esto escribe no es ni una cosa ni otra. Pero he estado reflexionando con todos ustedes sobre la comunicación, sin pretender impresionarlos, sin querer tampoco esconder o disfrazar mi mensaje con los términos de mi especialidad. Y eso que he aludido a asuntos muy debatidos en teoría de la comunicación y he hablado de la pragmática lingüística, de la interacción y de la variación lingüística, de cronolectos y tecnolectos, de la función referencial del lenguaje, de terminología, de connotaciones y de muchas cosas más.

Bien es verdad que en todos esos casos se trata de asuntos que parece que son más cercanos porque tratan sobre un bien común del que todos tenemos algo que decir. Todos nos atrevemos a conversar, opinar e incluso a sentar cátedra sobre asuntos relacionados con la lengua, porque, claro, la lengua es de todos, a todos nos pertenece. Pero vemos que el estudio de la lengua esconde muchos conceptos, muchos significados, que sólo desde el conocimiento de la realidad especializada que tienen los lingüísticos podrían entenderse en toda su profundidad.

Y lo mismo ocurre en otras especialidades. Todos tenemos cuerpo, y sin embargo nada más lejos de nuestra intención, nada que nos atemorice más que entrar a opinar en el terreno de la enfermedad, aunque de hecho se haga y opinemos, critiquemos y nos atrevamos a enmendar al experto desde la ignorancia y a recetar al vecino, «porque el primo del hermano de mi mujer tuvo lo mismo que tú tienes, tomó esto y mano de santo».

Opinemos sobre todo, lingüistas sobre medicina y médicos sobre lenguaje, pero seamos conscientes de que cada grupo de profesionales tenemos un área específica en la que desarrollamos nuestro trabajo y nuestra investigación, y que por eso desde esa área estamos en condiciones de prestar ayuda para que otros colectivos desarrollen en mejores condiciones su trabajo.

De los médicos, de quienes trabajan e investigan sobre el cerebro humano, vendrá sin duda la gran revolución en los estudios lingüísticos, en el conocimiento sobre el lenguaje humano.

Por nuestra parte, como modesta contraprestación, podemos informarles un poco sobre cómo, desde nuestro conocimiento y según nuestra perspectiva de estudio, funciona la comunicación, sobre cómo uno y otros usamos el lenguaje, sobre cómo podemos extraerle más y mejores posibilidades con el fin de que esa capacidad que nuestra especie tiene en exclusiva sirva para mejorar nuestra condición humana y nuestras relaciones con los demás, y no se convierta en un arma para el ataque y la incompreensión.

Notas

1. Conferencia leída en el marco del VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), celebrado en Toledo entre los días 5 y 7 de noviembre de 2003.
2. Gordonio B. *Lilio de medicina* (1495). Edición de Brian Dutton y M.^a Nieves Sánchez. Madrid: Arco; 1993.
3. «El cerebro empieza a conocerse a sí mismo». *El País*, 23.9.2003.
4. *Manual de mugeres en el qual se contienen muchas y diversas reçeutas muy buenas* (1475-1525). Edición de Alicia Martínez Crespo. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1995.
5. Ketham J. *Compendio de la humana salud* (1495). Edición de M.^a Teresa Herrera. Madrid: Arco; 1990; pág. 69.
6. Ketham J. O. cit., pág. 120.
7. Ejemplo extraído de: Escandell MV. *Introducción a la Pragmática*. Barcelona: Ariel; 1996.
8. *El País*, 30.3.2003.
9. Véase: García Palacios J, Pascual Rodríguez JA. «Los sutiles mecanismos de la derivación aplicados al incordio», *Universitas Tarraconensis* 1992-1993; 14: 211-239.
10. Parecería lógico que entre esas «mejoras laborales con el fin de disponer de tiempo para trabajar con mayor calidad» que reclamaban los profesionales del área sanitaria de Talavera de la Reina (*El País*, 28.10.2003, pág. 38) incluyera esa preparación para enfrentarse con garantías a las distintas situaciones comunicativas.
11. *El País*, 5.10.1999, pág. 38.
12. Ejemplos sobre la expresión del dolor extraídos de: Rodríguez Simón F. *El lenguaje de los enfermos: estudio lingüístico-cognitivo de la percepción de la enfermedad* (tesis doctoral inédita). Granada: Universidad de Granada; 2003.

