

---

# Lenguaje y labor asistencial

---

José Ignacio de Arana  
Pediatra y escritor, Madrid

La señora que trabaja en mi casa como asistente por horas ha tenido varios mareos acompañados de vértigo. Acudí al médico y este le dijo que seguramente se trataba de episodios transitorios de isquemia cerebral y que era necesario realizarle una ecografía Doppler de los troncos carotídeos. Sencillo, ¿no? Todos los aquí presentes habrán entendido sin mayor dificultad lo que acabo de decir. Bueno, pues esta mujer solo entendió el «tronco» y que le debía de pasar algo grave en el cerebro.

La universalización de las ciencias —y la medicina es quizá de las que con más claridad cumple esta condición— ha hecho que otros muchos idiomas se integren en el lenguaje de esta profesión. Los idiomas que son dominantes en un momento determinado de la historia, lo que otros denominan «lenguas francas», impregnan y se infiltran en el de las actividades más cotidianas y el de las específicas de cada oficio. Ya hace más de quinientos años que Antonio de Nebrija, en el prólogo y dedicatoria de su *Gramática*, señaló con lucidez que «la lengua es compañera del imperio», indicando con ello que quien ejerce el dominio político o intelectual impondrá también, queriéndolo o sin querer, el dominio de su lengua.

Pero el lenguaje científico, el nuestro y cualquier otro, se ha convertido con el tiempo y el uso en una jerga, algo que el *Diccionario académico* define como «lenguaje especial y no formal que usan entre sí los individuos de

ciertas profesiones y oficios», o como «lenguaje especial utilizado originalmente con propósitos crípticos por determinados grupos, que a veces se extiende al uso general». Para Lázaro Carreter, jerga es «una lengua especial de un grupo social diferenciado, usada por sus hablantes solo en cuanto miembros de ese grupo social. Fuera de él hablan la lengua general».\*

La relación del lenguaje médico con el paciente durante la asistencia podríamos compararla con la del lenguaje jurídico en las relaciones legales y más aún en los actos judiciales. Todos hemos tenido, a nuestro pesar, alguna participación en alguno de estos; a veces por función de peritaje, otras como parte interesada, y no solo en asuntos de índole médica. Veámonos a nosotros mismos en esa situación. El abogado y el juez utilizan un lenguaje jurídico y forense que en muchas ocasiones nos resulta ininteligible, y eso que somos profesionales con estudios superiores. La diferencia fundamental es que los juristas de alguna manera están «juzgando» nuestra actuación según unos criterios de derecho positivo, es decir, según las leyes, y en ese mundo la letra, la literalidad del lenguaje, es esencial, porque de su correcto uso y de su correcta interpretación dependerán luego en buena parte la deducción de una sentencia y hasta los caminos de su apelación. Pero los médicos no juzgamos; nuestra labor es la de ayudar a quien se pone en nuestras manos o

---

\* Lázaro Carreter F. Sobre el lenguaje de los médicos. *Jano*. 1989;37(887):100 (2484).

ante nosotros. Piénsese en ese aforismo que dice que la acción del médico es «curar, a veces; aliviar, a menudo, y consolar, siempre». ¿Consolaríamos con una retahíla de términos científicos, por muy ajustados que fuesen a la realidad del paciente? Estoy seguro de que no. Por tanto, en muchas ocasiones nuestro lenguaje tiene que descender desde el Olimpo de la ciencia a lo coloquial, a lo que una persona con deseo de ayudar diría a otra que le pide ayuda. Esto exige un esfuerzo, pero es absolutamente necesario para cumplir nuestra principal obligación y el sustrato íntimo de nuestra vocación de médicos. El profesor don Salvador Gutiérrez Ordóñez, miembro de la Real Academia Española, nos recordaba en un reciente foro de debate sobre el lenguaje médico en español, celebrado en la Real Academia Nacional de Medicina, cómo en algunas culturas americanas precolombinas al chamán de la tribu lo llamaban «la Voz» porque la parte más importante de su actuación la ejercía con el uso de la palabra. Pues algo así somos siempre los médicos, que ahora obramos como los modernos chamanes de una civilización sobretecnificada.

El médico es una persona que durante el trato con su paciente ve transformada su propia intimidad y que asume el dolor, la angustia, la esperanza o la desesperanza de quien se confía a él. Por eso es muy importante una figura prácticamente desaparecida de nuestra profesión: la del médico de cabecera. Aquel médico, hoy casi reducido a personaje literario, que conocía a sus pacientes íntimamente, a veces desde la cuna a la tumba, y a las sucesivas generaciones de las familias; que se convertía en confidente y en consejero de asuntos que quizá nada tenían que ver con las enfermedades, al menos con las del cuerpo; que les entendía hasta sin hablar, y que, en cualquier caso, hablaba su mismo lenguaje. Se ha querido sustituir esa figura por la del «médico de familia», especialista que recibe su formación como MIR, pero no se ha logrado con suficiente éxito. La organización actual de la sanidad hace que los médicos cambien con frecuencia de destino y por tanto de grupo social en el

que integrarse. Los pacientes se quejan, con razón, de que acuden a la consulta y topan con un médico sentado frente a un ordenador del que apenas retira la vista. No son todos los casos, desde luego, puede que tampoco una mayoría, pero sí suman un número significativo, y a partir de ellos, el paciente puede llegar a una conclusión generalizadora que no se atenga a la realidad. En la relación médico-enfermo, al igual que en cualquier otro aspecto de las relaciones humanas, hay que conocer a las personas para saber cómo dirigirse a ellas, pero en esta tarea que nos toca tan de cerca, mucho más.

El médico tiene su campo de actuación principal en el contacto directo con los seres humanos. Aunque la medicina moderna prodigue los grandes centros sanitarios, promueva la formación de equipos de atención y tienda a transformar a los médicos en funcionarios o empleados como los de cualquier servicio público, su profesión adquiere sentido en el encuentro personal, íntimo, transido de confianza, entre el médico y su paciente. El enfermo que requiere y exige las prestaciones que hoy le puede proporcionar el ultratecnificado mundo sanitario busca también ese diálogo entre persona y persona, a solas, durante el cual puede descargar sus vivencias, su alma, sobre los sentidos y el alma de su médico. Los métodos complementarios de diagnóstico y tratamiento, aunque en ocasiones ocupen un aparente primer puesto por su deslumbrante aparatosidad y su prestigio de innovación científica, no serán nunca sino meros auxiliares de aquel diálogo. Siempre fue así y así debe continuar siendo si queremos que esa profesión se siga llamando medicina y no deseamos verla convertida en una suerte de biología especializada en un ser vivo más, por muy peculiar que sea este desde el punto de vista morfológico o funcional.

La consulta es, muy habitualmente, el diálogo entre un científico y alguien que no lo es, y con la necesidad imperiosa de que ambos se entiendan. Como todo diálogo, es de ida y vuelta, porque el paciente debe comprender lo que le decimos, pero de igual modo el médico, sobre todo durante la anamnesis, y también

durante el resto de la relación, debe entender lo que el paciente dice y aun lo que quisiera decir y quizá no sabe expresar. Esta relación es muy prolija, aunque, en muchas ocasiones a lo largo de nuestro ejercicio profesional, las prisas provocadas por la acumulación del trabajo hagan quizá que nos saltemos o minimicemos algunos de sus detalles. Reviste particular importancia el momento del diagnóstico. El paciente ya no se conforma con un nombre más o menos técnico o científico para su dolencia. Hay que explicarle, si así lo solicita —lo cual es cada vez más frecuente por fortuna—, en qué consiste esa enfermedad, cómo se ha podido llegar a ella, qué evolución cabe esperar y cuáles son los procedimientos físicos, medicamentosos, quirúrgicos o de otro tipo que vamos a utilizar para solucionarla o, al menos, aliviarla. Siempre he dicho que en los pasos del acto médico el diagnóstico es difícil; la terapéutica, quizá más. Pero lo más arduo es el pronóstico y, sin embargo, es lo que más interesa al paciente y a sus allegados. En ese punto es cuando el lenguaje ha de ser más medido y claro, pero lo cierto es que no suele serlo y nuestro paciente sale de la consulta confuso y con mayor preocupación quizá que cuando entró.

Muchas veces será necesario que algunos de los términos utilizados en la consulta los expliquemos detalladamente e incluso que los escribamos. ¿Por qué? Pues porque seguro que el paciente, según salga, los va a contrastar con otras personas o con los asesores por excelencia de nuestros días: el doctor Google y la doctora Wikipedia. Por lo menos, que lo haga con las palabras correctas si no queremos que se le cree todavía más confusión. Hay que evitar el uso de palabras o expresiones de doble sentido, los juegos de palabras y las metáforas que requieran para su comprensión un nivel intelectual que quizá el paciente no posea o no esté en condiciones de poner en funcionamiento en ese momento por el estado de nerviosismo y de bloqueo intelectual que generan la angustia de la enfermedad y la

consulta en sí misma. Siempre es importante recordar en medicina la frase de Einstein que se ha considerado en otros ámbitos solo como una *boutade* del genio: «Si tu intención es describir la verdad, hazlo con sencillez, y la elegancia déjasela al sastre».

Esta peculiaridad del habla en nuestro ejercicio profesional da lugar a numerosos episodios que entran a formar parte del rico anecdotario con el que cuenta cada médico. Hace años recogí un florilegio de estas anécdotas en un libro que titulé *Diga treinta y tres\** y que curiosamente tuvo mucha mejor acogida entre los potenciales o reales pacientes que entre los profesionales médicos, quizá porque los médicos, no nos engañemos, carecemos por lo común de sentido del humor y nos tomamos con demasiada seriedad, hasta con envaramiento, aspectos de nuestro oficio que, de puro humanos, siempre pueden suscitar al menos una sonrisa. Luego citaré algunos ejemplos.

Cada especialidad médica puede aducir peculiaridades en el desenvolvimiento de su actividad que la diferenciarán de otras ramas de nuestra profesión. No se trata tanto de conocimientos específicos de uno u otro sistema orgánico, o del uso de métodos y técnicas especiales para el diagnóstico o el tratamiento de sus respectivas patologías, como de lo particular del grupo de pacientes a quienes va dirigida su atención. La enfermedad puede, y de hecho lo hace a menudo, distinguir notablemente a unos pacientes de otros en su relación con el médico: su actitud, su sinceridad a la hora de comentar su dolencia y sus antecedentes, su aceptación y seguimiento de la terapéutica indicada... y su lenguaje, así como el que el médico debe utilizar para ese contacto tan íntimo, personal e incomparable que es la consulta; un lenguaje verbal por lo común, escrito a veces, pero también un lenguaje corporal por una parte y la otra, que en no pocas ocasiones resulta muy importante en ambos sentidos. ¿Existe un lenguaje no verbal científico? En medicina, probablemente sí. El médico puede señalar sobre el cuerpo del paciente alguna peculiaridad de

\* De Arana Amurrio JI. *Diga treinta y tres*. Madrid: Espasa; 2007.

su diagnóstico; en otras ocasiones, la actitud corporal del propio médico indica a aquel su real preocupación o serenidad ante la situación clínica, algo por lo que se interroga también sin palabras el enfermo. Por último, pero de la máxima importancia, el contacto físico del médico puede llegar a tener una acción casi taumatúrgica; es conocido que muchos pacientes de Marañón decían, y con razón, que se empezaban a sentir aliviados cuando don Gregorio posaba la mano sobre las suyas.

Y no digamos por parte del paciente. Su lenguaje no verbal forma parte esencial de su forma de comunicación con nosotros: un gesto de dolor; una actitud retraída o abierta durante la consulta; una mirada huidiza suya o de quien le acompaña ante una pregunta de la anamnesis, que revela que hemos tocado un punto especialmente sensible de su historia clínica en el que su respuesta verbal deberá ser admitida con duda y recelo por el médico; o, por el contrario, la mirada entregada de quien confía ciegamente en nuestra opinión.

Pero si hay una especialidad que reúne unas características absolutamente distintas a todas las demás, esa es la pediatría. Los pediatras utilizamos con frecuencia una afirmación que puede parecer una broma, pero que contiene un argumento fundamental: «Los niños no son adultos bajitos». El contacto del médico con el niño enfermo se hace habitualmente, es cierto, hablando con los padres, pero los pediatras sabemos que no termina en eso ni mucho menos la relación verbal con nuestro paciente. Hay que hablar también con él aunque, claro está, a su modo. No se trata de utilizar un lenguaje infantiloides como el que muchos adultos adoptan cuando se dirigen a un niño, lleno de extrañas pantomimas y raras palabras sin sentido, como si hablaran con un tonto; sería ridículo porque, entre otras cosas, el niño podrá ser pequeño, pero no es tonto (otra afirmación llena de sentido). Hay que adaptar el vocabulario a su nivel de comprensión, liberándolo de tecnicismos. Además, en el trato con el niño el lenguaje no verbal adquiere una importancia singular. Los niños entienden mejor los gestos que las palabras, y un ademán de afecto y de cariño puede desmontar sus recelos a la hora de explorarlo,

maniobra que puede llegar a ser desesperante o absolutamente imposible para un médico sin costumbre de manejarse con niños. El pediatra hace sentirse al niño, al mayorcito, claro, como el protagonista de la consulta aunque preste oído atento a las explicaciones de los adultos que lo acompañan. Volviendo sobre lo dicho con respecto a los adultos, yo insisto mucho a mis alumnos y a los jóvenes residentes de pediatría en que comprueben cómo el niño, sobre todo el pequeño, incluso el lactante, nos mira siempre directamente a los ojos, en una actitud de confianza a la vez que de alerta hacia nuestro comportamiento.

Los informes clínicos quizá se redactan pensando que quien los va a leer es otro profesional sanitario, pero también lo hará el propio paciente: ¿cuántos análisis, radiografías, otras pruebas complementarias o informes hospitalarios nos llegan a la consulta con el sobre sin abrir? Muy pocos; casi siempre el paciente habrá leído ya los resultados aunque no los haya entendido; y pensando en eso, aunque su destinatario primordial sea el profesional, habrá que tener sumo cuidado con algunos comentarios y opiniones que pongamos en ellos, y por supuesto con los pronósticos si son negativos. Y asimismo evitar esas largas y prolijas series de siglas, a veces muy restringidas a una especialidad y hasta ininteligibles para el médico receptor si pertenece a otra. Hay formas de hacerlo; es cuestión de concentrarse y aplicarse un poco en esa redacción, hecha tantas veces casi a vuelapluma o a vuelatecla. Un problema nuevo se ha venido a añadir, a remolque, eso sí, del progreso, a la hora de redactar los informes. En los hospitales primero, y ahora ya en todos los centros sanitarios, se ha convertido en costumbre, para ahorrar tiempo, redactar los nuevos comentarios sobre un informe anterior, de otro paciente, que está guardado en un archivo del ordenador y en el que se introducen algunos datos particulares del nuevo paciente en sustitución de los anteriores y se dejan lo que llamaríamos «datos comunes». Se trata, he dicho alguna vez, de una resurrección del palimpsesto medieval, pero a la moderna. El riesgo, cierto en muchos casos, es que esa misma rapidez trae consigo

el olvido de borrar alguna parte del viejo texto que complica luego la comprensión del nuevo, donde se mezclan conceptos dispares, si no contradictorios. El médico al que va destinado en última instancia el informe suele solventar el *totum revolutum* con su buen criterio, pero el paciente, que habrá ojeado por su cuenta ese papel, se sentirá aún más confuso sobre su propio padecimiento.

Vamos a ver algunos ejemplos, absolutamente reales, del papel que el lenguaje desempeña en la consulta diaria:

—Doctor, por fin, ¿cuándo me van a hacer la *autopsia*?

—Querrá usted decir la biopsia.

—¡Ah, bueno, pues eso, la biopsia!

—Es que no es lo mismo.

—Al niño le han encontrado en un *análisis* que tiene *velocidad en la sangre*. ¿Pero cómo no va a tener velocidad si no para ni un momento quieto?

—A un pariente mío que padecía del corazón le han tenido que operar para ponerle en el pecho un *pasacalles* (marcapasos).

—Fulano está muy grave, me han dicho que tiene *pelucas* (melenas).

—Tengo mal aliento porque padezco de *pedorra* (piorrea).

—En la radiografía el médico ha visto que tengo llena de piedras la *basílica balear* (vesícula biliar).

—Tengo las *verticales* (cervicales) completamente *descalificadas* (descalcificadas).

—El niño no anda bien porque tiene un retraso en el *ciclotomotor* (desarrollo psicomotor).

—El niño nació con *agua en el vestíbulo* (hidrocele).

Hay ocasiones en el curso de una consulta en las que lo difícil, aunque parezca mentira,

es explicar de forma inteligible para el paciente no el padecimiento o sus causas, sino la forma de administrar los remedios que se le prescriben:

—Póngase uno de estos supositorios dos veces al día, por la mañana y por la noche —le había dicho el médico extendiéndole una receta—. Verá como mejora enseguida.

En la revisión de unos días después, el paciente seguía quejándose de las mismas molestias; «quizá un poco de alivio», dijo más por consolar al médico que por auténtica convicción.

—Aquí le traigo la caja por si quiere mandarme otra cosa.

—Pero, ¡caramba! —exclamó el médico tras comprobar que en el envase aún quedaban ocho de los diez supositorios originales—, ¿cómo va a mejorar si no se ha puesto más que dos?

—Es que duran mucho. Yo hice lo que usted me dijo, doctor. Me ponía el *positorio* por la mañana, lo aguantaba un ratito, me lo sacaba y lo guardaba hasta la noche para usarlo otra vez. Así hasta que ya no pude cogerlo con los dedos porque estaba completamente deshecho. Del segundo todavía me queda para uno o dos días, mírelo.

Y sacó del bolsillo de la chaqueta un envoltijo de papel de aluminio en el que traía guardado lo que quedaba de aquel otro supositorio de «quita y pon».

Existen muchas patologías que se manifiestan por un indefinible malestar sentido en algún lugar también inconcreto del organismo. En esos casos, cuando el enfermo quiere describir ante el médico los síntomas que le han llevado hasta la consulta, se ve imposibilitado para utilizar palabras que este pueda fácilmente entender. Recurre pues a términos muy vagamente descriptivos, pero que en algunas ocasiones alcanzan cimas difícilmente superables de belleza lingüística y hasta, si se me permite y comprende la paradoja, de precisión en su absoluta imprecisión. Los entenderá quien los haya padecido en sí mismo y yo puedo decir que son, a pesar de todo, fielmente exactos de lo que quieren expresar.

Un caso de estos es la palabra *malagana*, así, como un solo vocablo, que la misma Academia recoge en las páginas de su *Diccionario* con la acepción —adjetivada de «familiar»— de desfallecimiento o desmayo, pero que incluye otras muchas sensaciones internas que, si lo pensamos bien, no podrían englobarse en otra palabra más expresiva.

El otro ejemplo que quiero traer a colación tiene ciertas similitudes con el anterior; goza de casi la misma imprecisión semántica, aunque aquí pretende aportar un dato de localización que, sin embargo, no hace sino añadirle misterio a la vez que, a mi juicio, una hermosa y sugestiva versión de la idea nebulosa que cada cual tiene de los arcanos de su cuerpo. Dicen los pacientes: «Siento tristeza en la caja del cuerpo». ¡Tristeza en la caja del cuerpo! ¡Qué maravilla! No se puede decir con menos palabras lo que es de por sí inefable. Parece la metáfora de un verso místico. Se nos está hablando de una sensación íntima, radicalmente humana como es la tristeza, y se la sitúa «en la caja del cuerpo», un punto ilocalizable de nuestro interior que aleatoriamente y de modo solo aproximado imaginamos en el abdomen, allí donde el hombre a lo largo de toda la historia ha querido creer que radicaba el centro vital por antonomasia. ¿Puede algún médico encontrar en nuestro amplísimo vocabulario una expresión más exacta para describir, por ejemplo, las molestias que siente el paciente ulceroso?

Las relaciones sexuales son otro aspecto de la vida cotidiana con una rica variedad expresiva en el lenguaje. Los pacientes suelen utilizar para nombrarlas un gran número de eufemismos y de circunloquios. La frase más comúnmente utilizada es la de *hacer uso del matrimonio*, de reminiscencias muy primitivas sobre la equiparación de matrimonio y relaciones sexuales. Alguno, más fino y leído, habla del *débito conyugal* aludiendo a una obligación inherente al estado matrimonial. Otros dicen *acostarse*, que es un verbo reflexivo que se interpreta en la mentalidad popular como *acostarse con alguien* y para tener con ese alguien una relación íntima.

Por lo general, es el paciente quien utiliza la palabra para indicar sus propios genitales,

pero también puede ser el acompañante o el familiar el que asuma la «desagradable tarea» de mencionar la parte enferma del otro. La sinonimia en este asunto es casi infinita, pero vayan aquí algunos de los términos más frecuentes.

- Masculinos: *caño de la orina, el miembro, el grifo, el tubito, el pajarito.*
- Femeninos: *la boca del cuerpo, el tesoro, el tesorito (en las niñas), la hucha, la peseta, la almejita, el chichi.*
- Masculinos o femeninos indistintamente: *el empeine, la entrepierna, los bajos, las partes, el asunto, la cosa, lo mío, las vergüenzas, el bien, la joya, el sitio del gusto.*

Una forma de acceso de los pacientes a los conceptos y a la terminología médica es la lectura de los numerosos suplementos periodísticos dedicados a temas de salud que acompañan a la prensa; un verdadero clásico entre las publicaciones escritas y que también alcanza cada vez más a los medios audiovisuales. No cabe duda de que el interés por los asuntos médicos es universal entre la gente. No hay más que comprobar, sin ningún ánimo de cotilleo, solo por mera curiosidad, el contenido de las conversaciones que se oyen sin querer en cualquier lugar. Una notable mayoría son confidencias que atañen a la salud, un intercambio mutuo de experiencias enfermizas, síntomas, signos, hallazgos exploratorios y analíticos, tratamientos médicos o quirúrgicos, a veces expresadas con ánimo competitivo. La hipocondría y su hermana menor la congoja del ánimo se habrían de incluir entre las enfermedades contagiosas. Efectivamente, muchos síntomas se pegan y el médico debe estar siempre bien alerta para detectar estos contagios que pueden desvirtuar su actuación sobre cada enfermo. Si no está extraordinariamente bien medido y expuesto, ese periodismo sanitario hace mucho daño, porque genera en sus usuarios una «medicalización» de la vida cotidiana, además de una creciente y desaforada exigencia de atenciones médicas innecesarias. Por otro lado, todos o muchos de los asistentes a este encuentro hemos co-

nocido de primerísima mano situaciones en las que alguno de esos medios nos ha solicitado una colaboración y nuestras declaraciones han salido amputadas, malinterpretadas o directamente tergiversadas por el redactor. En general, los redactores de ese tipo de prensa son periodistas con una quizá benemérita afición por los asuntos médicos, pero sin bagaje de auténticos y rigurosos conocimientos de nuestra profesión, lo que les lleva no pocas veces a dejarse tentar por un titular o una entradilla llamativos que luego no se corresponden con el cuerpo del texto; pero es que muchos de los lectores apresurados no alcanzan a leer con detalle dicho texto completo.

Y qué decir de otro medio a través del cual llega el lenguaje científico al común de las gentes: las series televisivas. Ahí, en muchas ocasiones se desborda la imaginación del guionista y los diálogos se transforman en largas peroratas de terminología científica que además, con frecuencia, se demuestra exagerada o directamente falseada. Son auténticos disparates que, lanzados a través de ese medio omnipresente y omnipotente —«lo han dicho en la televisión»—, se convierten en artículo de fe científica para el espectador, el cual espera escucharlos en boca de su médico y tildará a este poco menos que de ignorante si no ocurre así.

Se dirá que estas consideraciones pertenecen con más propiedad a otra de las comunicaciones de este encuentro, pero quienes ejercemos este oficio nuestro en directa relación con la gente hemos podido comprobar esto que digo cuando algunos pacientes nos llegan, por ejemplo, al cuarto de guardia del hospital exigiendo pruebas o diagnósticos que han visto llevar a cabo en la televisión a médicos de actividad espectacular.

Quizá debieran quienes escriben para esos medios fijarse en que los médicos que escriben —y son muchos— no lo que pretende ser divulgación como tal, sino literatura con ambiente o protagonistas médicos, que sería sin duda otra forma de transmitir el lenguaje médico enraizado en su primitiva formación profesional, usan unos términos accesibles al lector común sin por ello perder de vista la

exactitud de ese lenguaje. Pensemos en autores como Luis Martín-Santos, Santiago Lorén, Jaime Salom, Felipe Trigo, Santiago Ramón y Cajal o el mismo Pío Baroja en alguna de sus creaciones, por no citar más que a unos pocos y sin salirnos de nuestro idioma. ¿Qué sería de una obra de estos notables escritores, que en ningún momento han renegado de su condición de médicos, si sus textos se llenaran de tecnicismos y lo que en otro momento me he permitido llamar jerga? Pues que el lector abandonaría el libro ahito de unas palabras que le complican el entender un argumento literario o le obligan a recurrir repetidamente a un diccionario.

¿Qué falta por hacer? Para esta pregunta solo cabe una respuesta: educación. Educación de los estudiantes durante la carrera de Medicina sobre el uso correcto del lenguaje y también sobre las palabras que el habla común utiliza para designar nuestra terminología. El médico renacentista Valverde de Amusco decía que, en su tiempo, una mayoría de las palabras del lenguaje científico no eran sino la tecnificación del lenguaje vulgar. Con posterioridad a la época de Valverde esto ha ido cambiando mucho y la distancia entre ambas formas de hablar se ha ido haciendo cada vez más amplia y, por tanto, más separadora. Esta labor a la que me refiero no es una asignatura como tal, no podría seguramente serlo, sino que en cada una de las materias que se explican al estudiante se debería aludir a ese lenguaje popular con el que se van a encontrar nada más obtener el título universitario. Y como ya dijimos que la relación médico-enfermo es bidireccional, no estaría de sobra que se enseñara algo de lenguaje correctamente científico en las tribunas donde va a inspirarse el habla de los no profesionales: prensa y medios audiovisuales.

Hay que comprender, sin embargo, que la primera parte de este propósito es más sencilla de llevar a efecto. A los médicos se nos exige un esfuerzo más en una carrera repleta de ellos. Nada que no seamos capaces de hacer, sobre todo porque reconoceremos su utilidad para nuestra práctica profesional desde el primer día de ejercerla. Para los potenciales

pacientes, la cosa es más complicada. Para ellos la consulta es un hecho excepcional en sus vidas; estas son tan dispares como personas hay en la sociedad y no se ve hacedero que todos adquieran, para un «por si acaso» en el que no suele pensarse, un mínimo bagaje lingüístico científico. El conflicto seguirá presente y, si alguien tiene que ceder, habremos de ser nosotros. Tengo para mí como una de las profesiones más difíciles de ejercer la de maestro de enseñanza primaria. Me parece que requiere un esfuerzo intelectual extraordinario el bajar nuestro nivel mental de leer un libro o un periódico con total naturalidad a explicar que la *m* con la *a* es *ma*. Pues algo muy parecido será lo que debe practicar el médico en su ejercicio cotidiano. Para ello tendrá que actuar con simpatía, en el sentido etimológico de este vocablo.

En la práctica de la «medicina basada en la evidencia» no hay o no suele haber publicaciones que hagan referencia a aspectos del trato humano con el paciente. Por eso es muy importante que el médico joven se forme con otro experimentado que le pueda aportar esa faceta del ejercicio profesional que llamaríamos «medicina basada en la experiencia», y en la que tiene un papel importante el uso del lenguaje. Está claro que ninguna profesión alcanza su plenitud con la titulación académica; la nuestra, con seguridad, menos aún que otras. Y si estamos de acuerdo en que cada enfermo atendido, por ser distinto del anterior y del siguiente, constituye una enseñanza, deberemos recoger esta en su totalidad y ahí se incluye el uso y las formas que al idioma imprimen la enfermedad y el hecho de estar enfermo.

## Bibliografía relacionada

- De Arana Amurrio JI. Lenguaje científico pediátrico. ¿Lo entendemos?, ¿nos entienden? [seminario]. Granada: LXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría; 2012.
- Laín Entralgo P. Patología del lenguaje médico. *Medicamenta*. 1956;26(299):391-5.
- Navarro FA. Traducción y lenguaje en medicina, 2.ª ed. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve; 1997. p. 9.
- Ordóñez Gallego A. Jerga, cultura e información. *Rev San Hig Púb*. 1993;67(4):243-7.
- Pera C. La patología del lenguaje médico. *Rev Quir Esp*. 1983;10:11-2.
- Zafra Anta M, Medino Muñoz J, De Arana Amurrio JI, Flores Antón B, García Nieto VM. Calidad del lenguaje médico en español: ¿importa en las publicaciones pediátricas? [Internet]. Actas del LXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría. Pósteres moderados. Granada: Asociación Española de Pediatría; 2012. p. 45-6. (Consultado el 16 de abril de 2014). Disponible en: <https://www.congresoae.org/2012/modules.php?name=webstructure&lang=ES&idwebstructure=53>
- Zafra Anta MA. Un lenguaje pediátrico inteligible [Internet]. Actas del LXI Congreso Nacional de la Asociación Española de Pediatría. Ponencias. Granada: Asociación Española de Pediatría; 2012. p. 428-34. (Consultado el 16 de abril de 2014). Disponible en: [https://www.congresoae.org/2012/readcontents.php?file=webstructure/01\\_sesiones.pdf](https://www.congresoae.org/2012/readcontents.php?file=webstructure/01_sesiones.pdf)