

## EL ARGOT MÉDICO: UN REGISTRO DISCURSIVO COMPLEJIZADO POR USOS MUY DIVERSOS

---

Muñoz, Nora Isabel<sup>1</sup>

Universidad Nacional de la Patagonia Austral

[norayricardo@speedy.com.ar](mailto:norayricardo@speedy.com.ar)

Material original autorizado para su primera publicación en la revista académica Hologramática

### RESUMEN

Apoyados en el marco teórico que propone Guiomar Ciapuscio en *Textos especializados y terminología* (2003), y en especial en su concepto de “sistemas de multinivel”, nos planteamos en este trabajo tipologizar un registro poco estudiado hasta el momento: se trata de la jerga médica utilizada en forma oral, que presenta una riqueza insospechada por su variedad de matices y complejidad. En efecto, además de las características de lenguaje críptico, inaccesible a los no iniciados, el *argot* médico se distingue por no ser usado como protección propia frente a un tercero, tal como lo hacen otras jergas como el lenguaje de “germanía”, sino como protección de ese tercero (paciente o familiares) en señal de cortesía para atenuar el impacto emocional de comunicar información no grata. Sin embargo, el rasgo de auto-defensa no estaría ausente, si interpretamos como tal el uso del humor negro, el sarcasmo y hasta la vulgaridad, bastante frecuentes en este registro, que se justificarían como una actitud de protección del propio profesional médico frente al *stress* de convivir

---

<sup>1</sup> Profesora en Letras por la UNS (Bahía Blanca), obtuvo un D.E.A. (Maestría) en Lingüística general y aplicada en la Université René Descartes (Paris V – Sorbonne). Se desempeña como profesora adjunta ordinaria de las cátedras de Lingüística I y II en la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (Río Gallegos). Ha trabajado sobre temas de lingüística descriptiva, reunidos en el libro *Estudios lingüísticos en la Patagonia Sur. El habla en Río Gallegos*, en co-autoría con Mónica Musci. Asimismo se dedica al Análisis del Discurso, en cuyo marco publicó artículos relacionados con el lenguaje científico y de divulgación, el discurso de los manuales de historia y la teoría de la argumentación. Ha dirigido una investigación acerca de la construcción discursiva de la identidad santacruceña y actualmente dirige un proyecto sobre nuevas teorías de la argumentación.

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 tornan atractivo el estudio de este registro. La combinación de tan diversas variables nos ha permitido tipologizar este registro médico diferenciándolo en sub-registros, que dependen de la combinación de las mismas.

**Palabras claves:** textos de especialidad – argot médico - tipología

## ABSTRACT

MEDICAL ARGOT: DISCURSIVE REGISTER COMPLEXIFIED BY VERY DIVERSE USES

Based on the theoretical framework that Guiomar Ciapuscio suggests in *Textos especializados y terminología* (2003), and particularly in her concept of “multilevel systems”, we proposed to typify a register that has been hardly studied to present: the oral medical slang, that presents rich and varied nuances and complexity. The medical *argot* has characteristics of a cryptic language, not accesible to the layman, but it is singular because it is not used as a protection in face of a third party, as other slangs such as “germanía” language is. Instead it is used as a protection of third parties (such as patients or family members) in a courtesy signal to attenuate the emotional impact implied in the communication of unpleasant information. The self-defense trait may nevertheless be present if we take into account the sarcasm, humor and even vulgarity that are quite often found in the register. They could be justified as a protective attitude of the medic in view of the stressful experience of cohabiting with limit situations (pain and death mainly). This function of protection for third parties and of self – protection in face of traumatic day to day experiences are psico-social- discursive components that make the study of this register attractive. The combination of so diverse variables has allowed us to typify this medic register, differentiating it in sub registers that depend on the combinations of them.

**Key words:** speciality texts - medical slang - typology

## 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 los 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

Hemos trabajado con transcripciones escritas de expresiones usadas en forma oral, que recogimos 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 sumamos 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 hemos consultado otros artículos y notas periodísticas afines, aparecidas igualmente en Internet, cuyo detalle consignamos 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 <sup>1</sup>(Grice, 1975), que son reemplazados por la regla de *cortesía*<sup>2</sup> (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 atreva 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, p. 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 psicológicas, 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 nombrar 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, *ib.*). 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 *rulero con paragüitas* (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 *balonearon* (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 (*le haremos un Bentall, un Ross*, etc.); incluso es el paciente el que se nombra con el nombre del cirujano (

*X es un Bentall, un Ross)* o se identifica por su enfermedad y N° de cama: *el AVE* (accidente vascular encefálico) *de la cama 21*.

Ironías: *está por recibir el alta celestial* (está por morir); *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 apócopes: *es una H* (histérica); *hacer una eco* (ecografía)

Lenguaje “al vesre”: *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 Ciapusio (2003, p.99) 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”. Sería dicho modelo el que está en tela de juicio o aún en vías de construcción y de consenso; porque es probable que

no esté claro entre la propia comunidad discursiva qué es lo que hay que “solucionar” a partir de qué “tarea comunicativa 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, p. 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<sup>3</sup> por parte de algunos usuarios, generalmente jóvenes.

### **Nivel funcional**

Las cuatro funciones textuales que Ciapusio (2003, p.98) 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 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*<sup>4</sup> 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 toca 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”<sup>5</sup>. 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, p.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 está a punto 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 4° ventrículo [está loco]; dale vitamina V [Valium] 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, p.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. Ej.: (reconstruido) “*Cada vez que sientas eso tenés que respirar profundamente varias veces*”.

Es lo que Ciapuscio (2003, p.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, p.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<sup>6</sup>; 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<sup>7</sup>.

### **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.

### **Corpus:**

Cheng Tsung O. (9/06/2007) Acronémesis, [recuperado 20/02/08], traducido por el editor y publicado en <http://www.delgaleno.com/DETAIL.ASP?id=000053>

Flichtentrei, D. (20/09/06) *Rescatar la palabra para evitar el naufragio*. Entrevista a Ivonne Bordelois [recuperado 20/02/08] en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=42659>

Lantigua, I. F. (04/01/08) *El 'lenguaje secreto' de los médicos*, [recuperado 13/02/08] en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/01/02/medicina/1199263308.html>, incluye los Comentarios de los lectores a este artículo desde el 11/01/08 al 13/02/08.

Navarro, F.A. *Pequeño glosario inglés-español de términos jergales y coloquiales en medicina*, Panacea@. Vol. VII, n° 23. Junio, 2006; pp.39-54, [recuperado 15/02/08] de: [http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea23\\_junio2006.pdf](http://www.medtrad.org/panacea/PanaceaPDFs/Panacea23_junio2006.pdf)

Tarazona, C.S. (16/01/08) *Lenguaje médico informal y jerga médica*, [recuperado 13/02/08] de: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=50898> incluye los Comentarios de los lectores desde el 16/01/08 hasta el 13/02/08

## **Bibliografía**

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

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

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

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

---

## NOTAS

[1] El principio de cantidad de Grice prescribe que debe proporcionarse el *quantuum* 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, p.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, p.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, p.3) respecto de la existencia de cursos en universidades de EEUU y Australia, destinados a capacitar a los médicos en la tarea de “bajar el registro”.

Para citar este artículo:

**Muñoz, Nora Isabel** (18-03-2010). EL ARGOT MÉDICO: UN REGISTRO DISCURSIVO COMPLEJIZADO POR USOS MUY DIVERSOS.

HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ

Año VII, Número 12, V1, pp.171-188

ISSN 1668-5024

URL del Documento : <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1207>