

**Vicent Salvador**

Departament de Filologia i Cultures Europees, Universitat Jaume I

Recepció: 15/02/2012, acceptació: 31/03/2012

## 1. LINGÜÍSTICA MÈDICA: EL DIFÍCIL CAMÍ DE LA INTERDISCIPLINARIETAT

Època actual. Àmbit universitari. Taula rodona sobre llenguatge i pràctica de la medicina. Participants: un lingüista, un traductor de textos mèdics, una infermera i un metge. El metge, que inicia els torns d'intervenció després de la presentació del tema i dels participants en la taula rodona, és el cap del servei de cures intensives d'un hospital públic valencià. Primera frase del seu parlament: «Jo tinc poc a dir ací, perquè quan entra a intensius un accidentat amb el cervell sortint-li per les orelles, les paraules no hi tenen cap rellevància.» I punt. Remoreig en la sala davant l'efectisme provocador d'aquesta expressió. I s'enceta la controvèrsia.

Aquesta actitud, que he exemplificat amb una anècdota real, no és infreqüent entre els membres de la professió mèdica. Tampoc entre els lingüistes hi ha sempre comprensió cap a l'interès epistemològic d'una anàlisi de les pràctiques discursives en l'àmbit de la sanitat. Per als uns i per als altres aquesta cruïlla interdisciplinària és insubstancial o, a tot estirar, perifèrica respecte al nucli ferm d'ambdues disciplines.

Certament, les inèrcies acadèmiques i professionals erigeixen cristal·lines barreres d'incomprensió entre els gremis establerts. Tanmateix, i mirant-ho ara des de la perspectiva de les ciències del llenguatge, avui es desenvolupa un camp d'estudis que pot anomenar-se *lingüística mèdica*, tal com hi ha una lingüística forense o una lingüística aplicada a la traducció (Salvador 2011). En aquest camp, podem distingir almenys dues directrius de recerca complementàries. N'és una l'estudi de les patologies del comportament verbal, com ara afàsies, dislèxies i altres trastorns, degudes generalment a traumes o a malalties. Aquesta línia de treball disposa de precedents il·lustres entre els lingüistes, com ara Jakobson, però ha intensificat darrerament el seu caràcter clínic (Hernández Sacristán i Serra Alegre 2002). Els fonaments lingüístics de la logopèdia són un capítol de forta incidència social, sens dubte. Tot aquest àmbit de lingüística clínica ha experimentat darrerament una forta embranzida. Però ara ens centrarem en un altre capítol de la interrelació de la lingüística i la medicina, que podríem anomenar *lingüística mèdica* o, potser d'una manera més específica, *anàlisi dels discursos de l'àmbit sanitari*, com són entrevistes clíniques, documentació escrita, textos de divulgació sanitària, etc. Tota aquesta activitat verbal es realitza, com suara veurem, en uns contextos físics i institucionals determinats, s'organitza en gèneres discursius que constitueixen una mena de contractes comunicatius o referents socials i s'ajusta a estils lingüístics determinats, en el marc de la variació lingüística i en funció dels diferents contextos i dels gèneres als quals cada discurs s'adscriu.

<sup>1</sup> Aquest treball s'ha realitzat en el marc del projecte de recerca del Ministerio de Ciencia e Innovación FFI2010-18514 i del projecte UJI-Fundació Bancaixa Castelló P11B2011-53.

Però tornem al nostre cap del servei de cures intensives. Sens dubte, en situacions tan extremes com les que pintava el bon home, la paraula pot no ser l'eina més peremptòria. Ara bé, fins i tot un acte clínic tan particular es troba envaït per accions verbals ineludibles: des de la intercomunicació entre el personal hospitalari o el registre d'ingrés fins a l'eventual assistència d'algun familiar, la sol·licitud de permís per a una intervenció quirúrgica, l'acció de donar les males notícies o el certificat de defunció si escau.

Naturalment, no totes les pràctiques sanitàries es redueixen a casos d'intervencions extremes d'aquesta mena. En la majoria de situacions, el llenguatge fa una funció més evident. Hi ha, per exemple, la dimensió eminentment social de la divulgació dels coneixements sobre la salut, la projecció mediàtica d'una descoberta farmacològica o dels efectes d'una epidèmia. I també la construcció imaginària de les malalties i de la figura del metge a través de la literatura, del cinema o de la televisió. Hi ha l'educació per a la salut, la dietètica, els consentiments informats, la legislació pertinent, les polítiques sanitàries de cada govern o administració, els dilemes ètics davant pràctiques com són la fecundació *in vitro*, les cures paliatives o l'eutanàsia. Hi ha, no cal dir-ho, la interacció oral del professional amb el pacient i amb l'eventual acompanyant en el marc de la consulta habitual; i, en aquest mateix ordre de la quotidianitat, les receptes, les prescripcions de cures o els prospectes farmacèutics. En el marc de l'exercici de les professions sanitàries, cal considerar així mateix les revistes de recerca o bé les de tipus col·legial o professional, els congressos d'especialistes o l'ensenyament teòric i pràctic de les disciplines mèdiques (Gunnarsson 2009). El repertori, òbviament, no és exhaustiu. I encara caldria afegir un factor transversal a totes aquestes categories enunciades, que assoleix una extraordinària rellevància en la nostra societat plurilingüe: la necessitat peremptòria de traduccions, interpretacions interlingüístiques o paràfrasis facilitadores de la comprensió. Aquesta dimensió interlingüística afecta tant les publicacions mèdiques (sovint traduïdes de l'anglès) com la divulgació sanitària (fullets, documentals, normes legals o administratives, etc.) i les interaccions entre professional i pacient.

## 2. CONTEXTOS DEL DISCURS EN L'ÀMBIT SANITARI

Des d'una concepció antropològica de la medicina, els usos discursius de tota mena són un dels ingredients principals de les pràctiques sanitàries, i no es tracta de mera perifèria sinó de factors cabdals que configuren en bona part les professions corresponents, la conceptualització social de les malalties o la imatge pública de les institucions sanitàries i que tenen una forta incidència en els resultats terapèutics. Els contextos, els gèneres i els estils propis de tota aquesta producció discursiva són un tema ineludible per a la formació dels professionals i per al millorament de les pràctiques sanitàries. Des de diversos àmbits s'insisteix en aquesta dimensió de la formació acadèmica: «Sarebbe cioè necessario insegnare non solo la scienza della sostanza vivente ma anche quella della conoscenza filosofica delle relazioni, del linguaggio, delle contingenze, ecc.» (Cavicchi 2010, 100). A l'estudi de la «sostanza vivente» caldria afegir un estudi dels aspectes relacionals, comunicatius i socials. En els darrers anys, els temes comunicatius en aquest camp (*health communication*) han concitat una massa bibliogràfica ben notable i fins i tot un extens manual de referència (Thompson et al. 2003). I també des del món de la lingüística s'ha dedicat una progressiva atenció a aquests fenòmens (Menz 2011). De fet, en el món universitari català ha començat a implantar-se recentment docència sobre la comunicació, però aquest no és encara un capteniment habitual.

Ben mirat, la medicina s'ha ancorat durant molt de temps en una concepció positivista, de manera que les disciplines d'aquest camp assolien una certa aurèola

científica que es despenia del veïnatge amb les ciències fisicoquímiques. Els avenços espectaculars deguts a la tecnologia d'última hora (farmacopea, genètica, radiologia, tècniques quirúrgiques, etc.) han incrementat aquesta tendència positivista, per a la qual el concepte de *salut* era més aviat pla, una mena d'estat natural que es veia interromput per accidents traumàtics, disfuncions fisiològiques o infeccions. La malaltia és vista així, des del *paradigma biomèdic*, com una entitat morbosa —material o funcional— que envaeix el cos i que cal foragitar per retornar-lo al seu estat inicial de salut. Com que la denominació de les malalties es fa sovint per mitjà d'una operació de nominalització semàntica (xarampió, hipertensió arterial, cardiopatia, diabetis, poliomièlitis, presbícia, disenteria, síndrome d'immunodeficiència adquirida, infecció vírica, grip, càncer, etc.), aquest capteniment permet concebre-les com a entitats estàtiques de caràcter abstracte i independent, malgrat correspondre en realitat a processos específics que es produeixen en cada un dels individus malalts. Com totes les nominalitzacions semàntiques (Salvador 2000), aquest procediment de designació afavoreix la classificació taxonòmica de les malalties com si fossen espècies naturals, visualitzades així com a “entitats preexistents” que “afecten” el malalt i que poden ser més fàcilment mesurades sobre la base de paràmetres fisicoquímics o estadístics.

La crítica d'aquesta preconcepció de les malalties té ja una certa tradició en la bibliografia sobre el discurs de la medicina i la sanitat, tot referint-se generalment a la distinció tan oportunament afavorida per l'estructura lèxica de la llengua anglesa, que permet diferenciar *disease* (malaltia orgànica, entificada) d'*illness* (malestar subjectiu del malalt concret), dicotomia a la qual s'ha afegit posteriorment una tercera categoria: la *sickness* (malaltia socialment considerada). Des del punt de vista d'una antropologia mèdica, els tres components (biològic, psicològic i social) interactuen i estableixen uns quadres preconstruïts en els quals les diverses comunitats historicoculturals perceben les malalties i conceptualitzen una idea de la salut que ja no és un estat neutre sinó un procés dinàmic ben complex (Lonardi 2006).

Uns pocs exemples poden il·lustrar eficaçment aquesta concepció de la malaltia i la salut. Un cas ben conegut és la consideració històrica de determinades malalties sovint relacionades amb alguna mena de culpa o maledicció: la tuberculosi en el segle XIX, la sida en les darreres dècades del XX o la sarna avui mateix (per vinculació amb la manca d'higiene). En l'ordre dels comportaments sexuals, hi actuen encara nombroses interdiccions supersticioses, com ara la idea, operativa avui mateix en alguns països, segons la qual l'homosexualitat és, a més d'un pecat, una malaltia susceptible de ser guarida. Un altre cas seria el capítol de les malalties escassament conegudes que afecten un percentatge molt reduït de la població i que sovint no eren reconegudes com a tals: les anomenades *malalties rares* (*síndrome de d'Evans*, *ectòpia tiroidea*, *dactilitis*, etc.). Hi ha també síndromes psicosomàtiques que han estat recentment identificades i denominades, com ara *ludopatia*, *anorèxia*, *bulímia*, *obesitat mòrbida*, etc. Aquestes exemplificacions ens fan pensar que la frontera entre malaltia i salut no és cap línia definitòria, sinó un territori extens que canvia de valor segons les èpoques i les societats reals. Així doncs, en la societat del benestar i de la promoció de la qualitat de vida en la qual els països del nostre entorn geogràfic han viscut durant els darrers anys, el ventall de malalties reconegudes com a tals —i, en conseqüència, susceptibles de ser ateses per la seguretat social— era més ampli que en altres regions del món i en altres èpoques (les passades i qui sap si també les futures). La categorització de certes operacions de cirurgia estètica o de modificació d'òrgans sexuals, posem per cas, té una relació directa amb l'horitzó de qualitat de vida permès per la societat del benestar.

La demarcació entre l'abast de la sanitat pública i la privada és sens dubte un factor clau en la consideració social de la salut i la malaltia, i delimita dos àmbits de

comunicació institucionalitzats ben diferents. Com també ho és la concepció i les condicions de l'hospitalització dels malalts, en contrast amb l'atenció en el domicili: podem pensar en l'atenció als parts per la comare tradicional o l'hospitalització (o deshospitalització) dels malalts terminals, amb conseqüències rellevants per a l'imaginari social sobre la mort. O en els tabús ideològics existents sobre la cura pal·liativa de terminals o sobre diverses tècniques de tractament d'embrions per a l'obtenció de cèl·lules mare. En un altre ordre de fenòmens, convé no oblidar la tendència creixent a l'automedicació de molts pacients o la presa de decisions a partir de les informacions obtingudes per mitjà d'Internet, una de les conseqüències rellevants que ha provocat l'ingrés en la societat xarxa (Lupiáñez-Villanueva 2010). D'altra banda, cal tenir en compte la legislació vigent en cada moment, sobre qüestions com el tràfic i consum de drogues, l'avortament o l'eutanàsia, que condiciona fortament les pràctiques mèdiques i en pot determinar la clandestinitat o la penalització d'algunes.

Per descomptat, la figura del metge (i d'altres col·lectius com són infermers, podòlegs, fisioterapeutes, etc.) no és aliena a aquests factors contextuais, que en condicionen l'exercici professional i la imatge pública. Així, per exemple, l'increment del garantisme legal envers els pacients genera actituds defensives en l'exercici professional, que es manifesta en gèneres com ara el consentiment informat, que es comentarà en un apartat posterior. D'altra banda, cal dir també que la visió tradicional dels metges ha generat en la literatura universal i en el folklore una copiosa producció satírica que, juntament amb la dels jutges i advocats, ha erigit aquesta figura en objecte de crítica social, sovint en un to humorístic. Amb una sola mirada al refranyer català n'espigolem una mostra representativa: «Dels errors dels metges, n'estan plens els fossars», «Tot el mal en el turmell i li curen el clatell», «El millor metge és el malalt», «Els malalts fan viure els metges», «Hi ha pesta de salut, diuen els metges». Però també és cert que, en l'època contemporània, els èxits de la medicina i els avenços de la recerca biomèdica i quirúrgica han fomentat la idealització de la imatge de la medicina i d'alguns dels seus professionals, particularment els cirurgians, que sovint semblen recuperar certes connotacions taumatúrgiques de l'hagiografia tradicional. A més, certes produccions novel·lístiques i cinematogràfiques o televisives han enaltit la figura del metge —i, en menor mesura, de l'abnegada infermera— com a dipositori d'uns valors humanitaris vocacionals.

Tota aquesta munió de factors constitueixen el context en què circula el flux dels discursos relacionats amb l'àmbit sanitari. Com ha posat en relleu Van Dijk (2011), el concepte de *context*, entès com a model mental i subjectiu dels factors contextuais, és una dimensió comunicativa clau que condiciona altres nivells del discurs com són els gèneres i els estils.

### 3. ELS GÈNERES DEL DISCURS

El concepte de *gènere discursiu* és avui central en la teorització sobre el discurs, ja que permet establir agrupacions al voltant d'un prototip i caracteritzar un conjunt de discursos concrets a partir de trets formals, estructurals i pragmasemàntics que es vinculen estretament amb el tipus d'interacció realitzada i amb els models de context que tenen els participants. En aquest darrer sentit, els gèneres es configuren com a convencionalització o cristal·lització dels diversos models contextuais, que inclouen la concepció de l'escenari, els participants, les relacions de poder i de solidaritat, el tipus d'activitat social realitzada, les creences compartides, etc.

Pensem, per exemple, en el gènere *consentiment informat* (Villanueva, Salvador i Macián 2008), que consisteix en un document escrit de compromís pel qual el pacient exonera el professional sanitari de la responsabilitat d'una intervenció clínica.

Formalment, es tracta d'un document escrit que dona fe d'un acord a tall de contracte. Pragmàticament és l'expressió d'un compromís pel qual una part, que confessa haver estat degudament informada sobre els riscos possibles, assumeix la responsabilitat de la decisió. Una condició essencial de validesa d'aquest contracte consisteix en el fet que, a través d'una interacció oral, s'han hagut d'explicar de manera entenedora les conseqüències previsible de l'acte objecte de l'acord. D'altra banda, el gènere s'origina històricament en funció d'una legislació garantista i d'una postura defensiva per part dels professionals sanitaris. A més, aquesta pràctica s'insereix en la tendència actual a superar el paradigma paternalista en medicina i progressar cap a una corresponsabilitat que fomenta l'autonomia del pacient. És dins d'aquest marc contextual on el gènere assoleix un sentit coherent que l'incompliment de l'esmentada condició constitutiva invalidaria èticament. El testament vital, l'historial clínic o els protocols d'actuacions són altres exemples de gèneres que consisteixen essencialment en textos escrits, però amb uns antecedents o unes aplicacions pràctiques que comporten la interacció oral. No cal dir que aquests gèneres han anat constituint-se i modificant-se al llarg de la història de la medicina com a praxi social.

Des d'aquesta mateixa perspectiva analiticodiscursiva es poden caracteritzar els nombrosos gèneres identificables en la praxi sanitària, que molt sovint combinen oralitat i escriptura i palesen un alt grau d'interactivitat explícita. Així, per exemple, el diagnòstic mèdic i la subsegüent prescripció facultativa (Immoune 2006) són gèneres que, com a culminació d'una consulta clínica, parteixen d'una activitat comunicativa que combina les actuacions no verbals (examen físic, proves complementàries de caràcter radiològic o analític, etc.) amb uns actes verbals orals o escrits (historial clínic, interrogatori, anècdotes que rebaixen situacions de tensió eventuais, explicacions aclaridores). Cal afegir que aquesta activitat conté en simultaneïtat una sèrie verbal i una altra de no verbal (per exemple, comentaris o acudits al llarg d'un examen clínic). En general, les entrevistes clíniques (*medical encounters*) són un gènere interactiu que disposa d'una nodrida bibliografia en la qual s'estudien aspectes com ara l'asimetria de rols, l'autopresentació de les dues parts, les relacions de poder i solidaritat, la creació d'empatia, la relació entre l'activitat verbal i la no verbal, i fins i tot les expressions de l'humor (Salvador i Macián 2010).

Hi ha, finalment, un gènere concret que ha assolit importància creixent en els darrers anys i que té una realització eminentment oral: el relat de malalt, que s'ha estudiat principalment en el marc de l'anomenada *medicina narrativa*, fundada per Rita Charon en la Universitat de Columbia. En efecte, l'elicitació i l'anàlisi d'aquests relats en què el pacient narrativitza la seva pròpia experiència del dolor i la malaltia —informació tan precisa i rellevant per a la teràpia com pot ser-ho el discurs allisonador del professional— és un material d'interès impagable per a l'estudi del discurs. Això es pot comprovar examinant alguna de les seues aplicacions, com ara la que fa Lonardi (2006) a la cefalea, entesa com a malaltia crònica i estudiada com a base indicial de la consideració social d'aquesta dolència.

#### 4. REFLEXIONS FINALS SOBRE L'ESTIL

Òbviament, el lingüista que es dedica a l'estudi del discurs sanitari s'insereix en el marc epistemològic de la variació lingüística, marc en el qual l'estil, entès com a paràmetre de variació funcional, té un lloc distingit. Al llarg de les pàgines anteriors han anat apareixent consideracions directes o indirectes sobre aquesta qüestió, que ara es formularan de manera més sistemàtica. En síntesi, podem dir que l'estil del discurs especialitzat de les professions sanitàries implica unes rutines expressives de tipus

acadèmic o professional. Conté, ultra això, una notable dosi de terminologia, de lèxic especialitzat que correspon al metallenguatge propi d'una comunitat discursiva especialitzada. Tot això és perfectament legítim, no cal dir-ho, però sovint estableix una barrera d'opacitat per als individus aliens a aquesta comunitat discursiva. La divulgació d'uns coneixements expressats amb tecnicismes té una funció absolutament central en un àmbit com és el sanitari, on no es tracta només de transmissió de continguts nociònals sinó, a més, de difusió d'actituds, de prescripcions, de persuasió emocional i de negociació a dues bandes.

En efecte, la praxi sanitària comporta, per part dels professionals, un esforç de reformulació estilística del discurs especialitzat. Però amb una característica molt marcada: el fet que en aquest camp de la vida social la informació ha de funcionar, en última instància, de manera interactiva. Així, si bé el metge (o un altre tipus de professional sanitari) ha de recontextualitzar el seu discurs i reformular-lo d'una manera entenedora, no és menys cert que el malalt hi ha de participar d'una manera ben activa: amb l'expressió d'una experiència personal de la malaltia i amb la negociació de les prescripcions facultatives i de les decisions que s'hagen de prendre en el si d'un paradigma de corresponsabilitat.

En conclusió, la modulació de l'estil, que varia segons els diferents gèneres i contextos discursius d'aquest àmbit, és un factor decisiu en l'eficàcia de la praxi sanitària, un factor sobre el qual el lingüista té, com és obvi, molt a dir. Així s'esdevé també en molts dels aspectes de la cultura de la salut que s'han comentat al llarg d'aquestes pàgines i que constitueixen un repte interdisciplinari. Ara bé, la necessitat d'interdisciplinarietat que, a vegades de manera ingènua o idealista, es proclama amb voluntarisme en els àmbits universitaris ensopega dissortadament, dia rere dia, amb els murs de contenció que els prejudicis gremials i les rutines acadèmiques tendeixen a aixecar.

## 5. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- CAVICCHI, IVAN (2010). *Medicina e sanità: snodi cruciali*. Bari: Dedalo.
- GUNNARSSON, BRITT-LOUISE L. (2009). *Professional discourse*. London: Continuum, 55-80.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, CARLOS; SERRA ALEGRE, ENRIC (eds.). (2002). *Estudios de lingüística clínica*. València: Nau Llibres, 5-7.
- IMMOUNE, YUCEF (2006). «Les espaces interactionnels de la cohérence: l'exemple du diagnostic médical et de la prescription». CALAS, FRÉDÉRIC (ed.). *Cohérence et discours*. Paris: PUPS, 263-273.
- LONARDI, CRISTINA (2006). *Racconti di cefalea. Approccio biografico alla malattia cronica*. Verona: QuiEdit, 33-38, 129-173.
- LUPIÁÑEZ-VILLANUEVA, FRANCISCO (2010). *Salut i societat en xarxa. Usos d'Internet relacionats amb la salut*. Barcelona: Ariel, 275-287.
- MENZ, FLORIAN (2011). «Doctor-patient communication». WODAK, RUTH; JOHNSTONE, BARBARA; KERSWILL, PAUL (eds.). *The Sage Handbook of Sociolinguistics*. Los Angeles: Sage, 330-344.
- SALVADOR, VICENT (2000). «L'estil nominalitzat». *Caplletra*, 29, 69-82.
- (2011). «Paraula i cultura de la salut: indagacions de lingüística mèdica». *Caplletra*, 50, 89-106.



SALVADOR, VICENT; MACIÁN, CECILI (2010). «Primera relación entre paciente y profesional de la salud: rituales de interacción y estrategias discursivas en la entrevista podológica». *Estudios Lingüísticos. Linguistic Studies*, 3, 439-457.

THOMPSON, TERESA L. et al. (eds.). (2003). *Handbook of Health Communication*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

VAN DIJK, TEUN A. (2011). *Sociedad y discurso*. Barcelona: Gedisa, 369-380.

VILLANUEVA, MARÍA LUISA; SALVADOR, VICENT; MACIÁN, CECILI (2008). «El consentimiento informado. Autonomía del paciente y ética de la situación». *Proceedings of the 1st International Conference on Language and Health Care*. Alacant: Universitat d'Alacant. (Publicació en CD, sense paginació).