

**Luisa Chierichetti
& Giovanna Mapelli (eds.)**

**DISCURSO MÉDICO.
REFLEXIONES LINGÜÍSTICAS,
HISTÓRICAS Y LEXICOGRÁFICAS**

CERLIS Series

Series Editor: Maurizio Gotti

Editorial Board

Ulisse Belotti
Maria Vittoria Calvi
Luisa Chierichetti
Cécile Desoutter
Marina Dossena
Giovanni Garofalo
Davide Simone Giannoni
Dorothee Heller
Stefania Maci
Michele Sala

Each volume of the series is subjected to a double peer-reviewing process.

CERLIS Series
Volume 6

Luisa Chierichetti & Giovanna Mapelli (eds.)

Discurso médico. Reflexiones lingüísticas,
históricas y lexicográficas

CELSB
Bergamo

This ebook is published in Open Access under a Creative Commons License Attribution-Noncommercial-No Derivative Works (CC BY-NC-ND 3.0).

You are free to share - copy, distribute and transmit - the work under the following conditions:

You must attribute the work in the manner specified by the author or licensor (but not in any way that suggests that they endorse you or your use of the work).

You may not use this work for commercial purposes.

You may not alter, transform, or build upon this work.



CERLIS SERIES Vol.6

CERLIS

Centro di Ricerca sui Linguaggi Specialistici

Research Centre on Languages for Specific Purposes

University of Bergamo

www.unibg.it/cerlis

DISCURSO MÉDICO. REFLEXIONES LINGÜÍSTICAS,
HISTÓRICAS Y LEXICOGRÁFICAS

Editors: Luisa Chierichetti, Giovanna Mapelli

ISBN 978-88-89804-27-8

Url: <https://aisberg.unibg.it/handle/10446/53014>

© CELSB 2015

Published in Italy by CELSB Libreria Universitaria

Via Pignolo, 113 - 24121, Bergamo, Italy

Índice

LUISA CHIERICHETTI / GIOVANNA MAPELLI	
Introducción	9
BERTHA M. GUTIÉRREZ RODILLA	
La investigación sobre el lenguaje de la medicina en español: unos pocos datos y algunas reflexiones historiográficas	17
CARMEN CAZORLA VIVAS	
El lenguaje de la medicina desde la lexicografía: términos médicos en diccionarios del siglo XIX	37
LUISA CHIERICHETTI	
Una aproximación a la representación discursiva del vegetarianismo naturista: el artículo “La sífilis” en la revista <i>Helios</i> (1920)	61
GIOVANNI GAROFALO	
<i>La letra con sangre entra</i> : la divulgación médico-sanitaria como herramienta ideológica de control de la mujer en <i>Cultura Integral y Femenina</i> (1933-1934)	87
GORETTI FAYA ORNIA	
Estudio contrastivo del género del folleto médico (inglés- español) como base para la traducción de folletos médicos	113
GIOVANNA MAPELLI	
La comunicación (e)-médico/(e)-paciente en los foros de salud	131
SARA MILLUZZO	
Imagen y poder en la comunicación médico-paciente en los foros de medicina	151
Notas sobre los autores	185

GIOVANNI GAROFALO*

*La letra con sangre entra: la divulgación médico-sanitaria como herramienta ideológica de control de la mujer en *Cultura Integral y Femenina* (1933-1934)*

1. Introducción

El presente estudio toma como punto de partida el *discurso médico*, entendido no como conjunto de signos (a saber, de elementos significantes que remiten a contenidos o representaciones), sino más bien como “práctica que plasma sistemáticamente los objetos de los que habla” (Foucault 1969: 66, *trad. propia*).

Desde esta perspectiva, el análisis que se ofrece pone de manifiesto cómo los textos médicos actúan en la situación de enunciación y en su amplio contexto social, a través de su dispositivo de enunciación y mediante la escenografía que enseñan. En concreto, a partir del concepto de *escena de enunciación* (o *escenografía* Maingueneau 2004) y de *ethos* del enunciadador y del enunciatario, se pretende examinar la construcción discursiva de la imagen del médico y del paciente en los textos de contenido médico-sanitario publicados en la prensa española en el período que se ha dado en llamar de “entre dos dictaduras”, a saber, entre 1931, final de la dictadura de Primo de Rivera, y 1939, inicio de la etapa franquista (Rota 2010: 133). Como botón de muestra, se analizan las estrategias de divulgación observables en la revista *Cultura Integral y Femenina* (CIF), que circuló entre los años 1933 y 1936, cosechando un gran éxito entre el público femenino de la época, también a raíz del afán de sus editores por difundir nociones básicas de medicina y de prevención de

* Università degli Studi di Bergamo. Código Orcid: 0000-0001-5437-2799.

enfermedades. En particular, el estudio se centra en una cala de seis números de la mencionada revista, elegidos entre los ejemplares publicados entre 1933 y 1934.

En primer lugar, se define el marco situacional de referencia, ofreciendo un breve perfil de la revista (a saber, su propósito y la caracterización de su comité editorial y de su público) y destacando las funciones textuales predominantes en los artículos seleccionados. A continuación, se precisa la noción de *escenografía*, el concepto de *ethos* como creación discursiva, adoptando la terminología de Maingueneau (1999), quien distingue entre *ethos prediscursivo* (asociado al individuo real, con independencia de su acto de enunciación) y *ethos discursivo* (determinado a través de su acto de palabra). Tras destacar el papel que el *ethos* del paciente y del público desempeñan en el procedimiento divulgativo – que con frecuencia asume visos de sermón paternalista y descortés –, se recurre a las herramientas de la nueva retórica y de la teoría de la argumentación para reseñar los principales tipos de razonamiento (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989; Lo Cascio 1998; van Eemeren / Grootendorst 2011; Plantin 2012) esgrimidos por el médico para incidir en la situación de enunciación, instruyendo a su audiencia sobre los hábitos de vida más saludables y las medidas más adecuadas para prevenir enfermedades. El análisis ofrecido pone de manifiesto que, en plena segunda república, el afán divulgador de *Cultura Integral y Femenina* en ámbito médico-sanitario sigue encubriendo el propósito ideológico de ‘educar rigurosamente’ al público femenino, promoviendo un conjunto de valores muy tradicionales, acordes con una visión del mundo todavía profundamente masculina.

2. *Cultura Integral y Femenina*: ejemplo de divulgación del saber médico en la prensa femenina

Según informa el estudio exhaustivo de Rota (2010: 135-157), CIF – cuya denominación incluía el subtítulo “la revista de la unión social

para una obra común de cultura integral y femenina”– fue el fruto de un esfuerzo común entre varias asociaciones feministas de Madrid y de Barcelona, comprometidas con elevar el nivel cultural y la conciencia social de la mujer española de extracción medio-baja:

Entre las más destacadas recordamos “España femenina”, fundada por María Valle Mantilla de los Ríos en 1930, con el fin de proteger a la mujer trabajadora de la clase media, la “Asociación Femenina de Educación Cívica” [...], fundada por María Martínez Sierra y la “Unión Republicana Femenina” fundada por Clara Campoamor, que quería movilizar y formar en sentido republicano a las mujeres que pertenecían – según las palabras de su misma fundadora – “en su mayoría a la pequeña clase media” (2010: 136-137).

Retomando la distinción realizada por Sánchez Hernández (2009: 219, en Rota 2010: 138), la revista pertenece a la categoría de la prensa para mujeres que, bien mirado, no coincide con la prensa femenina. De hecho, la publicación se dirigía esencialmente a la mujer, pero cubría un amplio abanico de asuntos y de intereses, que no se limitaban al hogar, a la moda o a la belleza – temáticas propias de la prensa femenina – sino que incluían otros asuntos más ‘serios’, máxime la salud. El propósito principal de la revista consistía en luchar contra la ignorancia y la inferioridad cultural de la mujer y, por tanto, apuntaba a difundir una “cultura integral y femenina”, poniendo al alcance de las mujeres de la época los múltiples ámbitos del saber, sintetizados en la contraportada de la revista de la manera siguiente:

1º **Saber científico**, para la defensa de nuestra salud; 2º **Saber cívico**, para la defensa de nuestros derechos y el cumplimiento de nuestros deberes; 3º **Saber práctico y profesional**, para triunfar en la lucha diaria de la vida; 4º **Saber especulativo**, para los goces del alma y del corazón.

Cabe observar que el interés por tutelar la salud de la mujer constituye el primer objetivo declarado en el lema antedicho y, por ende, el saber científico-médico constituía el primer tipo de conocimiento que se pretendía transmitir al público de lectoras. Dicho interés ha de entenderse en sentido muy amplio, según los propósitos divulgativos de la publicación, que ofrecía artículos sobre una pluralidad de materias relacionadas directa o indirectamente con la salud: desde temas muy serios (como la tuberculosis en las parturientas, la

prevención del cáncer, etc.), hasta los aspectos más frívolos de la estética femenina (p. ej., la gimnasia facial para prevenir las arrugas o los ejercicios para mantener el talle delgado). Si bien la revista procuraba informar sobre un amplio espectro de temáticas relevantes para la mujer (desde las cuestiones jurídicas relacionadas con el divorcio o con las relaciones laborales, hasta la política internacional o el problema del abolicionismo de la prostitución, por poner algunos ejemplos), la centralidad otorgada a la salud y a la higiene en *Cultura Integral y Femenina* motivó su definición como “revista femenina y republicana, pero de preocupaciones médicas” (Bussy Genevois 1990: 270, en Rota 2010: 144).

La línea editorial estaba a cargo del director, J. Aubin Rieu-Vernet, profesor del instituto francés y especialista en prensa médica, y de los dos comités de redacción, uno ubicado en Madrid y otro en Barcelona. Ambos comités resultaban integrados exclusivamente por mujeres (entre ellas, figuras como la de Clara Campoamor, Consuelo Bergés, *Halma Angélico* o María Brisso (Rota 2010: 139)), todas distinguidas representantes de la escena política e intelectual de la época, amén de fervorosas partidarias de la guerra a la ignorancia y a la inferioridad cultural de la mujer. Debido a la escasez (cuando no a la total ausencia) de mujeres en las diferentes comunidades de prácticas por aquel entonces, no sorprende que en la nómina de los colaboradores – entre los cuales figuraban médicos, oncólogos, economistas, especialistas en ciencias naturales, juristas, etc. – se encontraran solo hombres, algunos de ellos de gran prestigio como el estadista británico Winston Churchill y el filósofo francés Henri Bergson, con la única excepción eminente de Madame Pierre Curie (2010: 140). En cualquier caso, todos los colaboradores eran expertos de disciplinas específicas, preocupados por divulgar el conocimiento especializado, con vistas a la emancipación definitiva de la mujer.

Obviamente, el enunciatario o destinatario modelo de la revista era el público femenino de la sociedad española de aquellos años, simbolizado en la portada de los dos primeros números por las cuatro mujeres de espalda mirando hacia adelante, figuras que simbolizan las distintas clases sociales: una campesina, una señora elegante, una estudiante o empleada de oficina y una sirvienta (2010: 145).

Como se verá, la aplastante mayoría de varones entre los autores de los artículos acaba influyendo en la creación discursiva de la imagen del público, conceptualizado según la visión del mundo masculina, dominante en la época, pese a la orientación feminista, no demasiado revolucionaria en realidad, de los dos comités de redacción de CIF. En el plano textual, un primer indicio de la manera en la que el emisor aborda a su público se aprecia en la selección de una función lingüística dominante y de un tenor concreto.

Atendiendo a los criterios clasificatorios de los géneros médicos propuestos por Muñoz Torres (2002: 322), quien distingue los textos de la comunicación médica según la función dominante en ellos y según su tenor o tono (más o menos formal), los artículos de divulgación médica en CIF se configuran como ‘artículos de divulgación general’, adecuados para la ‘comunicación general’ entre expertos y profanos. En dichos textos se aprecia la confluencia de dos funciones principales, siendo la principal la función instructiva (o explicativa), que consiste en proporcionar datos científicos, poniéndolos supuestamente al alcance de un receptor no experto. Además, se detecta la función argumentativa, que apunta a persuadir a las mujeres, para que modifiquen sus costumbres en relación a su propio cuerpo o al cuidado de los niños.

3. Escenografía y creación discursiva del *ethos*

En general, se tiende ingenuamente a hacer coincidir la noción de *escena de enunciación* con el contexto cultural y espacio-temporal en el que se produce un texto, a saber, con la situación comunicativa que lo engendra, con su época, su público, su encargado, etc. Con independencia de estos factores, que, sin lugar a dudas, intervienen en la génesis del texto, lo que interesa destacar desde el enfoque analítico del presente estudio es “la misma situación que el texto pone en escena, a través de su dispositivo lingüístico y de su conformidad a un género” (Antelmi 2010: 36). Aunque el género “artículo de

divulgación”, con sus convenciones ancladas en las coordenadas temporales de la revista, proporcione ya una pauta para la interpretación del texto, dicha pauta es insuficiente para describir los papeles discursivos asignados al enunciador y al enunciatario. Por esta razón, es oportuno acudir al concepto de *escenografía*, que indica el posicionamiento discursivos de los sujetos implicados en la enunciación que se infiere de las estructuras textuales y que, a través de estas, legitima el propio texto. En efecto, retomando las palabras del propio Maingueneau (2004: 192, en Antelmi 2010: 36), el concepto de escenografía como “escena de enunciación” se encuentra “aguas arriba” y “aguas abajo” del texto y funciona, a la vez, como presuposición necesaria para su emisión y como elemento que el discurso ha de validar y reforzar:

La scénographie se trouve aussi bien en aval de l'œuvre qu'en amont: c'est la scène de parole que le discours présuppose pour pouvoir être énoncé et qu'en retour il doit valider à travers son énonciation même.

El posicionamiento del emisor – observable en los dispositivos enunciativos, en el tono del discurso y en el registro del médico – es esencial para observar la relación asimétrica que va trabándose entre el médico y su público, ya que constituye el telón de fondo sobre el cual se perfilan las identidades de los sujetos inscritos en los textos. Como se verá, en CIF ‘se pone en escena’ un ‘aleccionamiento’ de un enunciatario intrínsecamente inferior, incapaz de velar por su bienestar físico y psicológico y carente de sentido crítico. Este propósito didáctico se logra a través de procedimientos argumentativos que apuntan a persuadir y que, al mismo tiempo, construyen y refuerzan la imagen discursiva del enunciador y del enunciatario, a saber, su *ethos*.

En la Retórica de Aristóteles, el término *ethos* (‘costumbre’, ‘hábito’, ‘uso’ en griego) indica la imagen de sí mismo que el orador construye a lo largo del discurso, con el fin de ejercer influencia sobre su público. Se trata, en concreto, de lo que el emisor ‘enseña’ o ‘deja entrever’ de sí mismo a través de sus palabras, lo que despliega las virtudes del emisor y confiere credibilidad a su discurso. Junto con el *logos* (‘apelación a la razón’) y con el *pathos* (‘apelación a las

pasiones' del público), el *ethos* constituía, para los rétores clásicos, uno de los tres medios de prueba previstos por el arte de la persuasión.

Según informa Antelmi (2010a), la noción de *ethos* ha sido retomada por corrientes de estudio más contemporáneas (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989; Goffman 1973) que han ampliado el alcance de este concepto, detectando manifestaciones del *ethos* no solo en el discurso persuasivo sino en cualquier intercambio comunicativo de la vida cotidiana que conlleve una 'escenificación dramática' del 'sí mismo' y del 'otro' en el contexto enunciativo. Dicha escenificación se realiza merced a medios lingüísticos léxicos, sintácticos y textuales, al hilo de lo que Benveniste (1966) definía como "cadre figuratif" (Antelmi 2010a: 14). Desde esta perspectiva, la construcción de la identidad¹ en el discurso es un proceso interactivo que incluye a ambos sujetos implicados en el intercambio comunicativo, ya que la definición de la imagen y de las marcas identitarias del enunciador conlleva, de rebote, la construcción en el discurso de la figura correlativa del enunciatario. De ahí que el presente estudio adopte la distinción entre *ethos* del médico y *ethos* de la audiencia (o del enunciatario): el primer término indica no solo las cualidades reconocidas al médico en cuanto autoridad, sino sobre todo el poder que a este le proviene del discurso, a través del cual el especialista plasma o confirma una determinada imagen de sí mismo (Amossy 1999); con el segundo, en cambio, indicamos la imagen o modelo del

¹ Aunque en el análisis de la subjetividad del locutor *ethos* e *identidad* se empleen a menudo como sinónimos, en el sentido estricto los dos conceptos no coinciden. De hecho, la imagen de sí que el médico manifiesta como responsable de la enunciación es adscribible a la subjetividad del locutor como sujeto discursivo (*locutor* – *L* en la terminología de Ducrot 1984), pero no coincide necesariamente con la identidad del médico como sujeto empírico existente en el mundo, que se refiere a sí mismo mediante el pronombre de primera persona *yo* (el locutor-*λ*, en la definición de Ducrot). Esta distinción permite deslindar las nociones de *identidad* y de *ethos*: el primer término indica las manifestaciones del *locutor-λ*, quien suele expresarse mediante marcas lingüísticas de primera persona; el segundo término, en cambio, se refiere al *locutor-L*, responsable de la enunciación, quien se manifiesta mediante sus actos de palabra, a través del tono, de la fuerza ilocucionaria y de la selección de una escenografía determinada, seleccionada para expresar un discurso (Maingueneau 2007; Antelmi 2010a: 14).

público femenino que el médico elabora en su discurso para consolidar su influencia.

Cabe recordar que, desde la vertiente de la nueva retórica, la imagen que el locutor y el destinatario tienen el uno del otro es fundamental para el éxito de la argumentación. De hecho, la imagen mental que el argumentante elabora de su público determina la selección de las premisas compartidas o terreno común que constituyen el punto de arranque del discurso, a saber, hechos, verdades, presunciones y jerarquías de valores compartidos por el público (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 121-135). Así pues, de la elección de lo que se reconoce como verdadero, normal, creíble y válido depende el éxito o el fracaso de la argumentación. Por esta razón, el médico selecciona argumentos capaces de amoldarse al horizonte de espera y a las creencias compartidas por su público femenino, p. ej., los *topoi* del valor de la belleza y del amor (1) o bien la superioridad de la juventud frente a la vejez (2):

- (1) Las arrugas. ¡Qué angustia es su aparición, sobre todo para la mujer que ama y quiere ser amada! Es decir, para todas (n. 2, 15/02/1933: 24).
- (2) Hay dos edades de la mujer particularmente predisuestas [al cáncer de mama]: una, la más importante, porque amenaza a la mujer en la plenitud de su vida útil y deseable, se extiende entre los 35 y los 55 años [...]. Después de los 65 años se reanuda la ofensiva [...], socialmente menos conmovedora, puesto que hiere a personas que se aproximan al último período de la vida humana (n. 2, 15/02/1933: 18).

Como el *ethos* de la audiencia es una creación discursiva, lo que orienta en realidad el discurso didáctico-divulgativo del médico no es tanto el público de las lectoras de carne y hueso, sino la representación mental que el especialista construye de su audiencia. La imagen que emerge es la de una “mujer discípula y, por lo tanto, de sujeto pasivo que recibe la instrucción que proviene, con contadas excepciones, de mentes y labios masculinos” (Rota 2010: 143). Obsérvese, por ejemplo, la opinión poco lisonjera que el locutor manifiesta acerca de la “mujer moderna”, como punto de partida de su argumentación:

- (3) Es verdaderamente sorprendente ver cuánto la mujer moderna, cuya coquetería consulta tan a menudo y tan inútilmente al espejo, para un *raccord*, para un poco de rojo, para arreglar un poco los cabellos, descuida la vigilancia de los órganos esenciales y el control de su estado de salud aparente (n. 2, 15/02/1933: 30).

En su papel de discípula, la mujer que el médico representa en su discurso se encuentra, invariablemente, supeditada a la voluntad de algún hombre, siendo incapaz de realizar elecciones fundamentales con pleno conocimiento de causa, p. ej., la de casarse cuando está aquejada por alguna enfermedad. En este caso, suele ser el médico – un hombre, en la mayoría de los casos – quien sustituye a la figura paterna, estableciendo si el matrimonio es un error o no (“cometida la falta...”) y si la paciente va a poder reproducirse:

- (4) Se desaconseja absolutamente el matrimonio (generalmente sin éxito) a las jóvenes que presenten lesiones tuberculosas en evolución. Cometida la falta, se ha propuesto la esterilización de esas mujeres por la ligadura de las trompas (n. 6, 15/06/1933: 10).

Cabe observar que la construcción discursiva del *ethos* del médico y de su audiencia se realiza mediante una especie de juego de espejos. De hecho, el médico basa sus argumentos en las *doxas* (opiniones y valores) que asocia al público y, a la vez, ha de ser consciente de la imagen preconcebida que las lectoras ya tienen de él, a saber, de su *imagen prediscursiva* (Maingueneau 1999). Dicha imagen, que precede a la divulgación y orienta la actitud posterior del médico en sus actos de palabra, tiende a coincidir con la figura del maestro exigente o del catedrático de fama, presente en el imaginario colectivo de los años 30 del siglo pasado. Acudiendo a la perspectiva sociológica de Bourdieu (1991), cabe afirmar que el poder discursivo del médico y su capacidad para actuar no manan de las posibilidades intrínsecas de su lenguaje, sino que son el fruto de circunstancias sociales y de las relaciones de poder que el locutor explota. De hecho, la fuerza del discurso no es solo el reflejo de la imagen de sí mismo que el médico produce en su discurso, sino también de su posición social y de su acceso al lenguaje de las instituciones, a saber, “al discurso oficial, legítimo y ortodoxo” (Bourdieu 1991: 109, *trad.*

propia). En otras palabras, la eficacia de un discurso no depende del contenido lingüístico de lo que se enuncia, sino más bien de quién lo enuncia y del prestigio social que la audiencia le otorga al emisor (Bourdieu 1991: 116). De esta manera, el análisis adquiere una perspectiva institucional: el intercambio lingüístico no puede disociarse de las posiciones ocupadas por los participantes en sus respectivos ámbitos, con una evidente asimetría de poder a favor del médico, quien desempeña a la vez un doble papel de especialista y de educador, en una época en la que se desconocía el concepto de *empoderamiento del paciente* (a saber, una mayor autonomía y la implicación del paciente en las decisiones del médico, véase Spinsanti 2010). Así pues, en su propósito de elevar el nivel cultural de las lectoras, el enunciador – en la mayoría de los casos un médico de sexo masculino – manifiesta un acusado paternalismo² (o sea, una tendencia a “interferir en la libertad de acción de una persona, con la supuesta justificación de que dicha interferencia es por el bien de la persona cuya libertad queda restringida” Buchanan 1978: 371, *trad. propia*) que se manifiesta incluso mediante comentarios despectivos sobre la conducta de las potenciales lectoras. Es más, la autoridad total y la credibilidad incuestionable socialmente atribuida a la figura del médico le daban carta blanca para *instruir amonestando*: el experto tiende a dirigirse a la mujer como a un niño al que hay que educar con severidad, incluso a costa de infundir terror en el enunciatario y de reiterar falacias argumentativas desprovistas de fundamento científico (§ 4). A nivel de enunciado, el paternalismo del médico se exhibe sin recatos mediante actos veredictivos, formulados a modo de

² En el ámbito médico, los conceptos de *paternalismo* y de *autonomía* han sido el objeto de un animado debate en el terreno de la filosofía médica y de la bioética y existe una extensa literatura al respecto (véanse, p. ej., las referencias clásicas de Buchanan 1978; Dworkin 1972; McKimstry 1992 o las obras más contemporáneas de Gracia 1993; Beauchamp / Childress 2009; Borsellino 2009; Botti 2000; Veacht 2009). Según otra definición más amplia de *paternalismo*, ofrecida por Dworkin (1972: 64, *trad. propia*), este fenómeno consiste en “la interferencia en la libertad de acción de una persona, justificada por razones relacionadas exclusivamente con el bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, el interés o los valores de la persona objeto de coacción”.

reprimenda o admonición, que recurren a un léxico ponderativo y a metáforas convencionalizadas que no funcionan solo como procedimientos de ilustración³, dirigidos a hacer más comprensible la información médica para un público lego (Ciapuscio 2014: 305), sino que apuntan a ‘controlar’ la conducta de una audiencia ingenua. A modo de ejemplo, se recurre a metáforas de gusto clásico (“las caricias de Venus”) para inculcar una visión pecaminosa de la sexualidad, reiterando el tópico de que una vida sexual desordenada repercute en la salud de los ojos:

- (5) [El ojo es la flor del cuerpo]. **TODOS LOS EXCESOS DE GASTO VITAL REPERCUTEN EN LOS OJOS.** Las emociones violentas y las pasiones excesivas, que intoxican y envenenan el sistema orgánico, son también perjudiciales. Las “lágrimas que apagan los ojos” son un símbolo muy expresivo. Modere sus cóleras y sus envidias, sus amores y sus odios. **CUANDO BRILLA LA PASIÓN SE APAGA LA VISTA.** Hay que saber reglamentarse y moderarse en todas las funciones de la vida material, y tener presente que las caricias de Venus apagan los ojos (núm. extraordinario 25/02/1934: 28).

El propósito de educar al público y reforzar el *ethos* del médico se logra también mediante procedimientos ostensivos particularmente violentos, es decir, a través de fotos espeluznantes que, en ocasiones, complementan los artículos. Por poner un ejemplo, en el artículo del prof. La Forge titulado “el cáncer de seno puede curarse si es tratado desde su principio” (1933, n. 2, pág. 18), el especialista enseña sin pudor la foto de un caso de reincidencia cancerosa (Fig. 1) que se había producido porque la paciente acudió demasiado tarde al quirófano, no tomándose en serio los síntomas o desatendiendo los consejos del médico. Imágenes parecidas condensan visualmente el esquema argumental del tipo *modus ponens* (Santamaría y Marimón 2008: 183):

Si p entonces $q > p$, por tanto q

³ Para profundizar en los procedimientos de ilustración (analogías y comparaciones, metáforas, ejemplos y escenarios) característicos de la divulgación del conocimiento, véase Ciapuscio (2014).

(del tipo: “Si una paciente tiene cáncer de mama y no acude al quirófano, entonces le pasa lo que la foto enseña” y, a la vez, “la paciente no trató su cáncer rápidamente, por tanto padeció una reincidencia cancerosa”) que pertenecen a lo que Weston (2011: 67-69) define como *argumentos deductivos*, a saber, aquellos en los que si las premisas son ciertas, la conclusión también tiene que ser cierta, como en la *relación de causa-efecto* (Plantin 1998: 65-75, véanse también los ‘argumentos basados en la estructura de la realidad’ que se analizan en § 4).

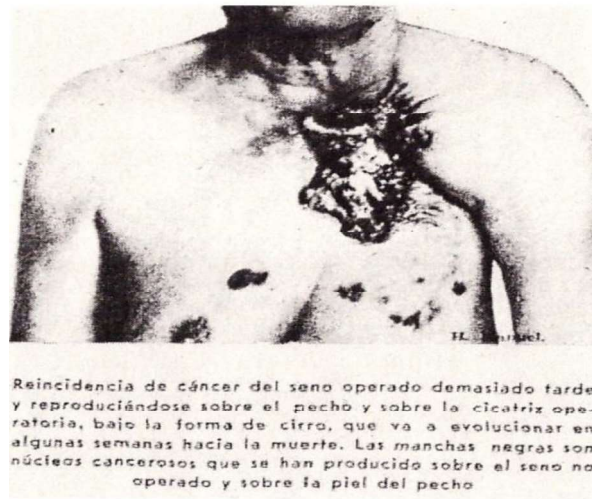


Figura 1

4. Tipos de argumentos y falacias en el discurso médico de *Cultura Integral y Femenina*

En el presente epígrafe se analizan brevemente los argumentos esgrimidos por el médico en CIF para afianzar su *ethos* discursivo y validar sus propósitos didácticos, divulgando el saber médico con el

consabido tono paternalista. Si acudimos a la conocida taxonomía de argumentos propuestos por Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989, lo primero que se observa es que, al tratarse de textos de contenido científico, los argumentos dominantes son de tipo asociativo⁴ (*argumentación de enlace*), basados en el principio de analogía y asociación:

Aquellos esquemas que unen elementos distintos y permiten establecer entre estos elementos una solidaridad que pretenda, bien estructurarlos, bien valorarlos positiva o negativamente (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 299).

Entre dichos esquemas argumentativos, parecen dominar los *argumentos basados en la estructura de la realidad*, que se sirven de aquella “para establecer una solidaridad entre juicios admitidos y otros que se intenta promover”. Presentan una apariencia de cientificidad “gracias a su aspecto racional, el cual deriva de su relación más o menos estrecha con fórmulas lógicas o matemáticas” (Perelman / Olbrechts Tyteca 1989: 402). El emisor, pues, justifica una proposición determinada relacionándola con las opiniones que el público tiene sobre la realidad, casi por una ley de concordancia. Un ejemplo característico es el *nexo causal* (es decir, el esquema *si p, entonces q* discutido en el párrafo anterior, Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 405-409) o ‘argumento deductivo’, p. ej., el estreñimiento causa una serie de complicaciones añadidas (6) o bien el glaucoma conduce inexorablemente a la ceguera, si no se trata a tiempo (7):

- (6) [El estreñimiento] es causa de los accidentes nerviosos de todas clases, como son: fatiga constante, depresión, neurastenia, insomnios o sueños llenos de pesadillas (n. 1, 15/01/1933: 11).

⁴ Como es sabido, los mencionados autores distinguen tres géneros de asociaciones asociativas: 1) las *relaciones cuasilógicas*; 2) las *relaciones basadas en la estructura de la realidad* y 3) las *relaciones que fundamentan la estructura de la realidad*. (véase también Lo Cascio 1998: 266). En el análisis del corpus de artículos de medicina sacados de CIF, las relaciones asociativas más frecuentes son las del segundo y del tercer grupo.

- (7) Al menor síntoma acudid al médico, cuanto antes mejor, porque **el glaucoma se puede curar**. Pero, si no lo hacéis así, despedíos de la vista (núm. extraordinario 25/02/1934: 29).

Por otra parte, las relaciones basadas en el principio de que ‘insistir en el camino equivocado es perjudicial’ – p. ej., ‘empeñarse en no llevar gafas por coquetería puede pagarse muy caro’ (8), o bien ‘porfiar en casarse, cuando se tiene una enfermedad transmisible puede tener consecuencias trágicas’ (9) – son clasificables como *argumentos de superación* (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 443-450):

- (8) Cuando se va contra la Naturaleza, la coquetería siempre se paga muy cara; y cuando ha venido la dolencia, ya es tarde, y podéis quedar desfiguradas. ¡No martiricéis vuestros ojos! (núm. extraordinario 25/02/1934: 29).
- (9) **¡Por vuestros hijos, no os caséis sin estar curados!** Comunicar una enfermedad que destroza la vida y la sume en el llanto y en el dolor, no es un delito: es un crimen. Y si sabiéndolo, sin estar curados, creáis nuevas vidas que por culpa vuestra estarán condenadas a la desgracia y al sufrimiento, **COMETÉIS EL MÁS GRANDE DE LOS CRÍMENES**, por el cual vuestros propios hijos, que son vuestras tristes víctimas, pudieran un día pedir os terribles cuentas (núm. extraordinario 25/02/1934: 19).

Se observan, asimismo, varios casos de *relaciones de coexistencia*, que “unen dos realidades de nivel desigual, al ser una más fundamental y más explicativa que otra” (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 451). Cuando se recurre a este tipo de argumentos, “dado un fenómeno, se presentan inmediatamente fenómenos relacionados con él” (Lo Cascio 1998: 269): se establece automáticamente un nexo entre una persona y sus manifestaciones, un objeto y sus características, una enfermedad y sus síntomas (10) o bien entre el cáncer y un determinado ‘terreno bioquímico’ del paciente (11):

- (10) La ciática se reconoce fácilmente en dos signos principales: el primero es el signo de Lasègue: estando acostado el enfermo, se levanta el muslo y la pierna tendida, por encima del plano del lecho; entonces se determina un vivo dolor sobre todo el trayecto del nervio ciático enfermo, y el paciente lanza un grito de dolor [...] El signo de Bonnet

es la segunda manifestación que permite identificar la ciática: se dobla la pierna sobre el muslo, y el muslo sobre la pelvis; como en esta posición el nervio ciático se encuentra distendido, el enfermo no sufre (n. 4, 15/04/1933: 11).

- (11) Lo que es hereditario verosíblemente es el terreno constitucional [del cáncer], el trastorno nutritivo que favorece la receptividad celular, cuyas investigaciones modernas han demostrado el papel patógeno en el proceso de cancerización (n. 1, 15/01/1933: 9).

Si los argumentos más socorridos en la divulgación médica de CIF resultan basados en la estructura de la realidad, se detectan también otras relaciones asociativas que *fundamentan la estructura de la realidad*, conectando “elementos entre sí, de forma que acaben por estructurar la realidad” (Lo Cascio 1998: 271). En este sentido, se aventuran comparaciones o analogías entre un hecho en discusión y otros hechos conocidos, aprobados y aceptados por el público. Todo ello permite establecer un símil entre entidades de complejidad muy distinta, p. ej., la vida humana y la de los ratones:

- (12) Un año de observación sobre los ratones [...] es un siglo de vida humana, pues un viejo ratón, al morir a los tres años, ha visto sucederse diez generaciones (n. 1, 15/01/1933: 7).

En otras ocasiones, el emisor divulga el saber médico proponiendo modelos de comportamiento femenino que pretende generalizar entre su público. Para forjar una pauta de comportamiento en el discurso, con frecuencia el médico echa mano de estereotipos que, en la mayoría de los casos, no desempeñan tanto una función cognitiva (a saber, ayudar a comprender el mundo y a realizar previsiones sobre la conducta ajena, Amossy / Herschberg 2001: 33-34), como una función pedagógica. Para afianzar el valor didáctico de sus argumentos y reafirmar su autoridad, el emisor no escatima ataques devastadores al *ethos* prediscursivo del público femenino (13), representado como falto de toda gracia y estilo, inmensamente necesitado de una guía experta que le salga al paso. Obsérvese la ironía cruel que rezuma esta descripción de las mujeres españolas que andan por las calles, ofrecida por una médica que firma su artículo como ‘Doctora Ana’:

- (13) ¿[...] cuántas mujeres son capaces de andar con gracia, con flexibilidad y ligereza? Unas se descaderan dolorosamente, lanzando de derecha a izquierda e inversamente el peso del cuerpo a cada paso. Otras añaden a esto una especie de rotación de... “la parte baja de la espalda...”, que puede tener cierto éxito en las danzas orientales, pero que ofrece una impresión desastrosa en la calle. Otras, en cambio, se mantienen tan rígidas que podría creerse que se han tragado un pararrayos. Otras mueven los hombros, produciendo un balanceo de todo el cuerpo. Otras andan a saltitos, como gorrones. Vemos a algunas martillar el suelo con un tacón estruendoso, que trotan... En fin, el espectáculo de las calles no es precisamente, bajo este aspecto, artísticamente muy agradable (n. 6, 15/6/1933: 7).

Para remediar semejante desastre y enseñar a la mujer a andar con gracia, la especialista recurre al argumento del *modelo* (Perelman / Olbrechts-Tyteca 1989: 556), entendido como imitación de una conducta de reconocido prestigio que se ha de seguir y que, a la vez, es garantía de éxito. Las múltiples estrategias empleadas para preconizar un modelo de conducta abarcan los enunciados deónticos contundentes (14), los precedentes literarios (15) o bien el recurso al prototipo de las sicilianas o de las moras, que andan ufanas y garbosas con un ánfora de agua sobre la cabeza (16). Se trata, en definitiva, de modelos muy poco revolucionarios que, lejos de “romper los moldes”, fomentando una imagen moderna y menos estereotipada de la mujer, siguen fortaleciendo tópicos muy cargados de un ‘punto de vista masculino’, aun cuando el enunciador es una mujer médico:

- (14) El pecho debe ser altivo, la cabeza debe estar cómodamente situada, el cuerpo bien equilibrado sobre las caderas. En lugar de andar con la articulación de los muslos, la mayoría de las gentes andan con las rodillas dobladas, lo que provoca un andar pesado, un contoneo de pato, muy poco estético (n. 6, 15/6/1933: 8).
- (15) “Reina de la actitud y princesa del gesto...” Así hablaba Rostand de Sarah Bernhardt. El poeta juzgaba “que por su solo porte, una mujer revela su clase y se impone”. Frecuentemente se oye decir: “Tiene un porte de soberana (n. 6, 15/6/1933: 8).
- (16) Hay que conseguir, como hacen las sicilianas o los árabes, llevarla [un ánfora llena de agua sobre la cabeza] sin necesidad de sostenerla [...] (n. 6, 15/6/1933: 8).

Con menor frecuencia, se detectan casos de *argumentos por disociación*, mediante los cuales el médico se distancia de opiniones aceptadas por su público como hechos reales (Lo Cascio 1998: 272), desmintiendo falsas creencias populares (p. ej., la idea de que el corsé, los excesos de la dieta y los tacones altos son inocuos para la salud) o reprobando actitudes frecuentes y perniciosas. Bien mirado, los enunciados siguientes entrañan la afirmación implícita *muy al contrario de lo que Ud. piensa/hace* y contribuyen a reafirmar la autoridad discursiva del médico frente al enunciatario:

- (17) Señoras, ¡cuidado con la moda y la coquetería!, que a veces son enemigas muy terribles de vuestra salud y de vuestros ojos. El corsé, la línea, los tacones altos, etc., todos repercuten en el funcionamiento de los órganos más importantes de vuestro organismo, y por ello, en el encanto de vuestra mirada (núm. extraordinario 25/02/1934: 29).
- (18) Puesto que cuida de sus dientes diariamente, ¿por qué no cuida también de sus ojos todos los días...; sus ojos que no se pueden substituir como un diente? (núm. extraordinario 25/02/1934: 8).
- (19) El ojo del anciano es tan delicado como el ojo del niño (núm. extraordinario 25/02/1934: 30).

A pesar de la indudable relevancia de los argumentos previamente descritos, el aspecto más peculiar de la divulgación médica en CIF consiste en el hecho de que el especialista, en su afán por convencer e instruir, incurre con frecuencia en falacias argumentativas (Plantin 2012: 89-98; van Eemeren / Grootendorst 2011: 155-179), paralogismos inesperados en el marco del discurso científico que, por definición, ha de tender a la máxima objetividad, a la neutralidad y, por ende, a la ausencia de emotividad y de valoraciones personales (Calsamiglia / Tusón 2007: 272). Sorprende, pues, que el médico recurra a “pasos o movidas (*moves*) incorrectos para refutar las tesis contrarias” (van Eemeren / Grootendorst 2011: 155), a saber, a razonamientos acientíficos y manifiestamente manipuladores, desprovistos de pruebas concluyentes y basados más bien en el prejuicio y en la moral dominante de la época. Entre las principales

falacias que se pueden detectar en la labor de divulgación médica de la revista, destacamos (Lo Cascio 1998: 293-297):

- a) *Argumentos ad verecundiam*, fundados en la autoridad de una fuente citada, pero desconocida o incomprensible para la mayoría del público (20), máxime cuando la fuente es un adagio en latín (21) que, combinado con la terminología médica, “constituye un símbolo de *estatus*, una manera para reafirmar la distribución del poder” en la interacción con las lectoras (Orletti 2000: 34, *trad. propia*). La ‘barrera lingüística’ que el médico levanta de este modo malogra los propósitos divulgadores de la revista, ya que no hace perspicuo el mensaje y subraya la distancia social que separa a los participantes, en el reparto de los papeles discursivos:

(20) [...] *Según Delpech*, la catarata sería debida a que se necrosaría el cristalino por falta de nutrición [...], y *según Heister*, sería porque esas mismas causas generales producen la obliteración de los vasos capilares de la lente (núm. extraordinario 25/02/1934: 28, cursiva añadida).

(21) Al primer síntoma de nebulosidad de la vista, el único remedio, LA ÚNICA ESPERANZA DE SALVACIÓN, ES SUPRIMIR LA CAUSA, pues según el viejo adagio latino: **sublata causa, tollitur effectus** (núm. extraordinario 25/02/1934: 28).

- b) *Argumentos ad baculum*, consistentes en una amenaza directa dirigida al público. Entre los numerosos casos de esta clase de falacias, es oportuno señalar la alta frecuencia de intimidaciones que apuntan a despertar un sentimiento de culpabilidad en los padres (como en el anterior ej. 9), cuya desidia o falta de control sobre los comportamientos de los hijos – en concreto, sobre sus prácticas sexuales – puede desencadenar graves enfermedades y trastornos en sus vástagos (23), como la *gota serena*, tecnicismo de la oftalmología hoy en desuso, correspondiente a la ceguera (RAE 2001 *sub voce*) o, en diacronía, al glaucoma (RAE 1822 *sub voce*). Para el lector contemporáneo, resulta impactante la vehemencia con la que el médico amenaza a los padres, llegando incluso a maldecirlos si desatienden las

recomendaciones de la revista (23). Obsérvese cómo el perjuicio personal del emisor se convierte en un dato incontrovertible de la ciencia médica, mediante el calificador inicial *no hay ninguna duda de que*, que modaliza epistémicamente la tesis como cierta, excluyendo de entrada cualquier opinión contraria:

- (22) No hay ninguna duda de que **un gran número de atrofas papilares no reconocen otra causa que los excesos genésicos**. Esta advertencia sería útil a los hombres como tales hombres y también como padres. Que observen estrechamente a sus hijos en la edad crítica de la niñez y de la juventud, porque si entonces se contraen costumbres viciosas, éstas pueden perjudicar al desarrollo normal y regular del sistema nervioso. El organismo entero sufre las consecuencias funestas, y a veces irremediables, de este vicio. Los sentidos, y sobre todo el sentido de la vista, resisten mayormente el choque, y **MUCHOS SON LOS NIÑOS ATACADOS POR LA GOTA SERENA POR EFECTO DE ESAS COSTUMBRES PERNICIOSAS**. Es decir, que si los padres se descuidan la culpa de estas costumbres funestas la tienen ellos mismos. No vigilar a los niños desde este punto de vista es un error peligroso, porque, como ha dicho Michel Levi, "*la cuna tiene sus peligros y sus misterios de depravación*" (núm. extraordinario, 25/02/1934: 28).
- (23) La oftalmía de los recién nacidos es debida al contacto, en el momento del parto, de los ojos del niño con cierto pus que proviene de las partes genitales de la madre cuando ésta última está contaminada. Con el fin de evitar ese contacto, hay que vigilar con cuidado a la madre, y combatir ese derrame, antes del parto, por medio de inyecciones antisépticas. [...] PADRES: Si sabiendo lo que precede, dejáis que vuestros niños sean las víctimas de la oftalmía de los recién nacidos, seréis los responsables de su ceguera y **MERECÉIS QUE OS MALDIGAN** (núm. extraordinario, 25/02/1934: 33).
- c) *Argumentos ad misericordiam*, inapropiados en el discurso médico ya que no se dirigen a la razón del destinatario, sino que apelan a su sentimiento de compasión, con un evidente ejercicio de *captatio benevolentiae*. Es el argumento que se emplea, por ejemplo, en el siguiente llamamiento a los alcaldes de Madrid y de Barcelona, para que tengan la bondad de instituir clases

especiales para personas de vista muy defectuosa, calificadas como “desgraciados”:

- (24) [...] En España no tenemos ninguna [clase especial para personas de vista muy defectuosa]. Madrid y Barcelona, con su millón de habitantes, deben de tomar la iniciativa de establecerlas; y, para ello, nos permitimos hacer, señores Alcaldes, un llamamiento a su bondad para los desgraciados, y, sobre todo, a su alto espíritu de justicia social (núm. extraordinario, 25/02/1934: 24).

Cabe observar que, en su continua apelación al pathos del público, el médico no tiene reparo en descalificar la propia imagen del enfermo, cuando ello es funcional a los propósitos de su argumentación. A modo de ejemplo, para respaldar la tesis de que “luchar contra la ceguera es hacer obra social a la vez que humanitaria” (núm. extraordinario, 25/02/1934: 30), se define al ciego como “déficit para la sociedad”, unidad léxica connotativa que manifiesta la actitud despectiva del emisor:

- (25) **Un ciego es un déficit para la sociedad.** Y la sociedad debe hacer cuanto pueda para que la ceguera disminuya (núm. extraordinario, 25/02/1934: 24).

- d) *Argumentos ad ignorantiam*, que no se basan en certezas científicas y que se proponen como válidos “hasta prueba de lo contrario”. Así pues, las posibles causas de estrabismo en el niño que el especialista menciona resultan discutibles, ya que no parecen apoyarse en ninguna evidencia médica concreta:

- (26) **Hay que evitar las costumbres oculares que podrían llevar al estrabismo.** Con este fin, conviene suprimir u ocultar objetos llamativos o brillantes colocados lateralmente a la cuna, así como manchas o verrugas del seno de la madre o de la nodriza o en la nariz del niño (núm. extraordinario, 25/02/1934: 20).

Conviene advertir que algunos contextos anteriormente analizados – p. ej., el caso de (22) y (26) – podrían interpretarse también como ejemplos del paralogismo conocido como *non sequitur*, es decir, como argumento que podría ser válido, pero que resulta desprovisto de una

‘ley de paso’ o regla general que justifique la relación entre el argumento y la tesis (Lo Cascio 1998: 296).

Por último, cabe señalar que el conjunto de argumentos aducidos por el médico, con su fuerte dosis de ironía hiriente y de paternalismo, constituyen un ejemplo de *descortesía ideológica*, característica del “comportamiento verbal, propio del discurso de tema serio, que busca desprestigiar la imagen de aquella persona o grupo posicionados en un lugar ideológicamente contrario al hablante” (López Martín 2013: 66).

Dicha actitud apunta a atraer a una determinada audiencia femenina con el propósito de aleccionarla, inculcando una visión conservadora del papel social de la mujer española en la época de referencia. Al proponer modelos comportamentales, el médico procura, a la vez, acercarse emocionalmente a su público ideal y, para afianzar las relaciones afiliativas con este, descalifica a las mujeres que desoyen sus consejos (López Martín 2013: 73). Esta estrategia supone la creación de una máscara, de una imagen social del enunciador muy ligada a la función didáctico-divulgativa de la revista. De hecho, el médico presenta voluntariamente una imagen ‘autoritaria’ de sí mismo que le resulta muy rentable, no solo para convencer a su público, sino también para corroborar las relaciones de poder existentes entre los sexos, ‘controlando’ la actuación social de la mujer, incluso en una época de cambios radicales.

5. Conclusiones

En los artículos de divulgación médica publicados en CIF entre 1933 y 1936, el posicionamiento discursivo de los sujetos implicados en la enunciación se configura como un proceso interactivo: la construcción del *ethos* y de las marcas identitarias del médico-enunciador acarrea la identificación en el discurso de la figura correlativa del público femenino-enunciatario. La construcción de ambas imágenes en el discurso se realiza tanto a nivel de enunciación – concebida como acto

individual de producción del mensaje, en el cual el emisor inscribe su subjetividad – como a nivel de enunciado, el resultado lingüístico de la enunciación, a saber, las estructuras textuales concretas que vertebran el discurso (Dubois 1969: 104; Amossy 2001: 8). Asimismo, los tipos de argumentos y paralogismos esgrimidos en la operación divulgadora contribuyen activamente a construir discursivamente el *ethos* de ambos participantes en el plano del enunciado.

El análisis realizado pone al descubierto una imagen poco halagüeña del enunciatario, un público femenino algo ingenuo, poco revolucionario, de nivel cultural medio-bajo y deseoso de conformarse con modelos comportamentales y estereotipos producidos por una visión masculina de las relaciones de poder en la sociedad.

En cuanto al *ethos* del experto, tanto el componente *prediscursivo* como el *discursivo* intervienen para consolidar la autoridad del médico, quien manifiesta la intención de instruir a su audiencia con una actitud paternalista que, en ocasiones, llega a la amenaza y al escarnio del enunciatario. La distancia funcional que el emisor interpone con respecto al receptor y la opacidad terminológica de sus argumentos parecen frustrar los declarados propósitos divulgadores de la revista. Es más, la técnica argumentativa del médico parece apuntar más a consolidar su prestigio social y el conjunto de valores masculinos que seguía animando a los intelectuales republicanos que a la efectiva emancipación femenina. En definitiva, la operación divulgadora de la revista encubre a duras penas el intento de controlar la autonomía de la mujer española de aquel entonces, considerada aún demasiado inmadura para hacerse cargo de su bienestar físico y psicológico. Desde la vertiente estilística, los autores se muestran más preocupados por lucir su saber especializado y sus habilidades literarias que por aclarar y ser comprendidos y, por este motivo, prevalece el registro culto, índice del prestigio y del estatus social del médico. El esmero formal se refleja incluso en la selección de eufemismos exquisitos (como el que se emplea al tratar el tema del estreñimiento, cuando se afirma que “para vencer este mal, hay que presentarse todos los días dos veces, a la misma hora si es posible, *al excusado* y tratar lealmente de obtener el resultado en vista del cual vamos allí” 1993, n.1, pág. 11, cursiva

añadida) o de algunos pseudónimos empleados para firmar los artículos (p. ej., “Esculapio”), que denuncian cierto ‘endiosamiento’ de los médicos, cada uno de los cuales se honra de ostentar su título de ‘doctor’.

Las referidas características discursivas tal vez hayan contribuido al fracaso editorial de la revista, tres años después de su aparición. De hecho, “según el periódico *El Socialista*, *Cultura* en realidad no estaba dirigida a todas las mujeres sino que era “sobremanera intelectualista, para minorías” (Rota 2010: 145).

Por último, huelga recordar que – también en la comunicación médica – los procedimientos discursivos de construcción del *ethos* evolucionan en el tiempo y no pueden someterse a criterios actuales de juicio, lo cual evidencia aún más, si cabe, la relación estrecha y mutable entre ideologías, representaciones compartidas, estereotipos, convenciones y realizaciones textuales.

Bibliografía

- Amossy, Ruth (ed.) 1999. *Images de soi dans le discours. La construction de l'ethos*. Lausanne: Delachaux et Niestle.
- Amossy, Ruth 2001. *Ethos at the Crossroads of Disciplines: Rhetoric, Pragmatics, Sociology*. *Poetics Today* 22/1, 1-23.
- Amossy, Ruth / Herschberg Pierrot, Anne 2001 [1997]. *Estereotipos y clichés*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Antelmi, Donella 2010. Viaggiatori e testi: identità discorsive, *EIC* 6, 35-42.
- Antelmi, Donella 2010a. Comunicazione turistica: ethos e identità. En Iliescu, Maria / Stiller-Runggaldier, Heidi / Danler, Paul (eds.) *Actes du 25. Congrès International de Linguistique et de Philologie Romanes: 3-8 septembre 2007, Innsbruck*. Berlin: De Gruyter, 13-22.
- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. 2009. *Principi di etica biomedica*. Firenze: Le Lettere.

- Benveniste, Emile 1966. *Problèmes de linguistique générale*. Paris: Gallimard.
- Borsellino, Patrizia 2009. *Bioetica tra "morali" e diritto*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Botti, Caterina 2000. *Bioetica ed etica delle donne. Relazioni, affetti, potere*. Milano: Zadig.
- Bourdieu, Pierre 1991. *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Buchanan, Allen 1978. Medical Paternalism. *Philosophy & Public Affairs* 7/4, 370-390.
- Bussy Genevois, Danièle 1990. Problemas de aprehensión de la vida cotidiana de las mujeres españolas a través de la prensa femenina y familiar (1931-1936). *La mujer en la historia de España (siglos XVI-XX), Actas de las II jornadas de Investigación Interdisciplinaria, Seminario de Estudios de la mujer*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 263-278.
- Calsamiglia Blancafort, Helena / Tusón Valls, Amparo 2007. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Ciapuscio, Guiomar E. 2014. Mecanismos de divulgación del conocimiento. En Montolío, Estrella (ed) *Manual de escritura académica y profesional. Vol. II. Estrategias discursivas*. Barcelona: Ariel, 285-318.
- Dubois, Jean 1969. Énoncé et énonciation. *Langages* 13, 100-110.
- Ducrot, Oswald 1984. *Le dire et le dit*. Paris: Minuit.
- Dworkin, Gerald 1972. Paternalism. *Monist* 56, 64-84.
- Foucault, Michel 1969. *L'archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Goffman, Erving 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Minuit.
- Gracia, Diego 1993. *Fondamenti di bioetica. Sviluppo storico e metodo*. Torino: San Paolo.
- Lo Cascio, Vincenzo 1998 [1991]. *Gramática de la argumentación*. Madrid: Alianza.
- López Martín, José Manuel 2013. La construcción de una imagen violenta en el locutor radiofónico: la expresión de la ideología. En Fuentes Rodríguez, Catalina (coord.), *La imagen social y medios de comunicación*. Madrid: Arco/Libros, 53-75.

- Maingueneau, Dominique 1999. Ethos, scénographie, incorporation. En Amossy, Ruth (ed.), *Images de soi dans le discours. La construction de l'ethos*. Lausanne-Paris: Delachaux Niestlé, 75-100.
- Maingueneau, Dominique 2004. *Le discours littéraire. Paratopie et scène d'énonciation*. Paris: Colin.
- Maingueneau, Dominique 2007. *Analyser les textes de communication*. Paris: Colin.
- McKinstry, Brian 1992. Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice. *British Journal of General Practice* 42, 340-342.
- Muñoz Torres, Carmen A. 2002. Tipología textual y análisis para la traducción. Una tipología de géneros médicos. En Chabás, Josep / Gaser, Ralph / Rey, Joelle (eds.), *Translating Science. Proceedings 2nd International Conference on Specialized Translation*. Barcelona: Universidad Pompeu Fabra, 319-325.
- Orletti, Franca 2000. *La conversazione diseguale. Potere e interazione*. Roma: Carocci.
- Perelman, Chaïm / Olbrechts-Tyteca, Lucie 1989 [1958]. *Tratado de la argumentación. La nueva retórica*. Madrid: Gredos.
- Plantin, Christian 1998 [1996]. *La argumentación*. Barcelona: Ariel.
- Plantin, Christian 2012 [2005]. *La argumentación. Historia, teorías, perspectivas*. Buenos Aires: Biblos.
- Real Academia Española (RAE) 1822. *Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española. Sexta edición*. Madrid: Imprenta Real.
- Real Academia Española (RAE) 2001. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Rota, Ivana 2010. Apuntes sobre *Cultura Integral y Femenina (1933-1934)*. En Bernard, Margherita / Rota, Ivana (eds.), *En prensa. Escritoras y periodistas en España (1900-1939)*. Bergamo: Bergamo University Press, 135-157.
- Sánchez Hernández, María F. 2009. Evolución de las publicaciones femeninas en España. Localización y análisis. *Documentación de la Ciencia de la Información* 32, 217-244.

- Santamaría Pérez, María Isabel / Marimón Llorca, Carmen 2008. Entre la ciencia y el mercado: la divulgación médica a través de la publicidad escrita. *Panace@* IX/28: 178-191.
- Spisanti, Sandro 2010. Cambiamenti nella relazione tra medico e paziente. XXI secolo. *Treccani.it. L'Enciclopedia italiana*. 2010 [http://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI_Secolo%29/\[10/12/2014\].](http://www.treccani.it/enciclopedia/cambiamenti-nella-relazione-tra-medico-e-paziente_%28XXI_Secolo%29/[10/12/2014].)
- Van Eemeren, Frans / Grootendorst, Rob 2011 [2003]. *Una teoría sistemática de la argumentación. La perspectiva pragmadialéctica*. Buenos Aires: Biblos.
- Veacht, Robert M. 2009. *Peatient, Heal Thyself. How the NEW MEDICINE Puts the Patient in Charge*. New York: Oxford University Press.
- Weston, Anthony 2011. *Las claves de la argumentación*. Barcelona: Ariel.