

**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](http://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



SARA MILLUZZO\*

## Imagen y poder en la comunicación médico-paciente de los foros de medicina

### 1. Introducción

La interacción entre médico y paciente es uno de los aspectos más importantes de la medicina, puesto que una comunicación ineficaz puede perjudicar el proceso diagnóstico y el terapéutico, mientras que una eficaz puede mejorarlos. Este tipo de interacción sufrió un cambio muy importante con la llegada de Internet, dado que hoy en día cualquier persona tiene la posibilidad de encontrar información médica que antes solamente estaba a disposición del experto. El objetivo del presente estudio es el de indagar las repercusiones de la Salud 2.0<sup>1</sup> y del proceso de empoderamiento (*empowerment*<sup>2</sup>) del paciente en el contexto específico de los foros de medicina, prestando particular atención a la relación de poder existente entre los participantes. Para empezar, se presentará brevemente la influencia que Internet tuvo en la percepción de la enfermedad por parte del paciente, prestando especial atención a los fenómenos del autodiagnóstico y de la automedicación. A continuación, se hablará de la relación de poder que caracteriza la interacción médico-paciente en

---

\* Università degli Studi di Bergamo. Código Orcid: 0000-0002-4293-0674.

<sup>1</sup> Con el término Salud 2.0 se hace referencia al conjunto de tecnologías 2.0 (lo que habitualmente se conoce como *Web 2.0* o *Social Media*) y telemedicina (telemonitorización, teleconsulta, telediagnóstico, etc.) introducidas a principios del nuevo milenio y mediante las cuales es posible la colaboración entre instituciones sanitarias, médicos y pacientes (Fernández García 2010).

<sup>2</sup> En pedagogía y en psicología social, el término *empowerment* indica el proceso de reconquista de la propia conciencia, de las propias potencialidades y del propio actuar (GGD 2007: 840).

los foros y, por último, se presentarán los resultados de la investigación, mostrando las diferentes estrategias empleadas por el médico y por el paciente para enaltecer su propia imagen, rebajar la del interlocutor y adquirir de esta manera un mayor poder interaccional.

La investigación se ha realizado a través del análisis de 298 textos (con un total de 80518 *tokens*), recogidos entre febrero de 2014 y mayo de 2015 y tomados de seis páginas Web diferentes:

- “Linfoma Roche” ([www.linfoma.roche.es](http://www.linfoma.roche.es));
- “Tu otro médico” ([www.tuotromedico.com](http://www.tuotromedico.com));
- “Reumatismo y artritis”([www.reumatismoyartritis.com](http://www.reumatismoyartritis.com));
- “Doctoralia” ([www.doctoralia.es/](http://www.doctoralia.es/));
- “Todo experto” ([www.todoexpertos.com/](http://www.todoexpertos.com/));
- “Journey for control”  
([espanol.journeyforcontrol.com/journey\\_for\\_control/journeyforcontrol/for\\_patients/index.jsp?](http://espanol.journeyforcontrol.com/journey_for_control/journeyforcontrol/for_patients/index.jsp?)).

Los asuntos tratados tienen que ver con diferentes aspectos de 31 enfermedades, a saber: adenopatía, alergia, anemia, aneurisma, artritis, cáncer de hígado, cáncer de páncreas, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer del cuello del útero, carcinoma, condromalacia rotuliana, diabetes, embarazo, enfermedades cardiovasculares, enfermedades neurológicas, enfermedades respiratorias, esclerosis múltiple, fibroma uterino, ictus, intervenciones, lesión de menisco, lesiones deportivas de los ligamentos, leucemia, linfoma, problemas a los riñones, SIDA, tendinitis y tumores.

Los textos tienen una estructura dialógica bipartida constituida por la pregunta del paciente – o, en unos casos, de un familiar – y la respuesta del médico. La longitud de estos textos es variable, en efecto: hay textos en los que tanto la pregunta como la respuesta están compuestas por una sola frase, y otros mucho más extensos, en los que la pregunta o la respuesta ocupan más de una página entera.

### 1.1 Salud 2.0: autodiagnóstico y autotratamiento

Gracias a Internet, el paciente puede tener acceso de manera simple y rápida a cualquier tipo de información médica (Palomar 2007: 18) lo cual le permite comprender mejor su propia enfermedad, las pruebas y los tratamientos que le ha aconsejado el médico y, por lo tanto, participar de manera activa en el proceso terapéutico. Es lo que indican las palabras de McMullan (2006: 26), quien afirma que: “adquirir más información en Internet puede acrecer el entendimiento de los pacientes sobre su estado de salud y su autocuidado” (*trad. propia*). A este respecto, Christmann (2013: 8), basándose en los estudios de Ball y Lillis (2001) y Mittman y Cain (2001), sostiene que:

Gracias a la posibilidad de usar Internet en cualquier momento y, fundamentalmente, en cualquier lugar, los pacientes pueden tener acceso con mayor facilidad a información sobre cuestiones como su estado de salud, el diagnóstico o los tratamientos y la toma de decisiones médicas (*trad. propia*).

La posibilidad de encontrar esta información técnica en Internet ha favorecido la difusión del fenómeno del autodiagnóstico, es decir, cada vez más gente elabora autónomamente un diagnóstico sin consultar con un experto, simplemente buscando en la Web a qué enfermedad pueden corresponder los síntomas que advierte. Según un estudio realizado por Gimeno en 2010, en 2005 el 29% de los internautas españoles y el 31% de los de Unión Europea buscaban en Internet información relacionada con la salud, cantidad que aumentó en 2010 al 53% de los españoles y al 49% de los ciudadanos comunitarios. En cambio, los datos recogidos por el *Bupa Health Pulse* en 2010, a lo largo de una investigación realizada en colaboración con la *London School of Economics*, muestran que el 58% de los ingleses usan la Web para buscar consejos sobre salud, medicinas o tratamientos, seguidos por los italianos (47%), los franceses (41%) y los españoles (33%) (Tonacci 2011; Díaz 2011). El Instituto Nacional de Estadística (2011) señala que el número de personas que buscan información sobre salud en Internet ha crecido como promedio del 19% en 2003 al 56,9% en 2011 (Fernández García

2012: 130). Estos datos preocupan a muchos médicos, puesto que con frecuencia los pacientes llegan a un diagnóstico equivocado y a concluir lo peor sobre el mal que les aqueja (Grossi 2014). Otro fenómeno que se ha difundido gracias a la disponibilidad de información médica en Internet y que está estrechamente ligado al autodiagnóstico es la automedicación. Como explica Moreno (2014), a menudo el internauta toma medicamentos sin consultar con un médico y sin evaluar las posibles contraindicaciones; aquellos, dado que “no todos los medicamentos actúan de igual forma en todos los pacientes, pueden generar riesgos para su salud y adicionarle otras complicaciones” (Moreno 2014). Estos fenómenos del autodiagnóstico y de la automedicación están presentes también en los textos analizados, como se aprecia en (1)<sup>3</sup> y (2):

- (1) También sufro de migraña y la trato con Tonopan, un par de grageas con agua caliente y a la media hora aprox. desaparece. Tomo el Tonopan desde hace unos 5 años más o menos a una media de 4 o cajetillas de 20 comprimidos anuales [...] *Mi médico de cabecera no esta al corriente de que tomo el Tonopan desde hace tanto tiempo, pero fue él el que en su día me lo recetó después de que se asegurara haciendo que me hiciesen un TAC en el Hospital. De eso hace unos 2 años y medio más o menos [...]*<sup>4</sup>
- (2) El médico me dijo que no era cáncer sino un tumor maligno. Cuando llegue a casa *mire en el diccionario* y vi que tumor maligno y cáncer son sinónimos. *He consultado la Web* de la asociación americana de cáncer y veo que el porcentaje medio de curación de linfomas puede estar en un 20 ó 30 % y la tasa de supervivencia (cuantos años me quedan) para los no curados entre 3 y 10 años más o menos. Teniendo en cuenta que el mío es desconocido y no me ponen radioterapia ni quimioterapia (al menos de momento) *imagino que las posibilidades de curación son mínimas o nulas [...]* En una ocasión hablé con otro médico y me dijo que era bueno que fuera atípico, ya que cabía la posibilidad de que no se extendiera. ¿pero no cabe esa misma posibilidad siendo tumor clasificado?

---

<sup>3</sup> En los textos originales no aparece la cursiva.

<sup>4</sup> Los ejemplos están reproducidos textualmente (también los errores).

En el primer ejemplo, el paciente ya conoce el diagnóstico y ha decidido automedicarse, sin decirle nada a su médico, mientras que en el segundo, el enfermo, basándose en lo que ha leído en la Web, llega a la conclusión de que su tumor no es curable. En ambos ejemplos, los enfermos quieren suplantar la autoridad misma del médico porque no confían en él como hacían en el pasado, a saber, no perciben la figura del facultativo como la única capaz de ayudarles. En efecto, como explica Manghi (2005: 38),

la rápida socialización de la información y el consiguiente acceso más inmediato al saber biomédico por parte del lego habrían causado el abandono de los supuestos relacionales jerárquicos que reglamentaban la relación con el paciente (*trad. propia*).

### *1.2 La relación médico-paciente y el poder interaccional*

Debido a ese proceso de empoderamiento del paciente, con mucha frecuencia los enfermos intentan establecer una relación más simétrica con el médico. De hecho, la relación médico-paciente representa un tipo de interacción institucionalizada y, por lo tanto, suele ser una relación asimétrica prototípica. Ello significa que uno de los participantes – normalmente el médico – ostenta un mayor poder interaccional debido a su papel social (Ten Have 1991; Thornborrow 2002; Cordella 2004; Woods 2006; Heritage / Clayman 2010; Králová 2012).

Según Orletti (2013: 12), las interacciones asimétricas pueden ser definidas de la siguiente manera:

aquellas interacciones comunicativas en las que no hay igualdad de derechos y de deberes comunicacionales entre los participantes, sino que estos se diferencian por un distinto acceso a los poderes de gestión de la interacción (*trad. propia*).

La autora identifica, dentro de cualquier tipo de interacción institucional, una figura que guía la conversación y a la que denomina director. Este ejerce un mayor poder interaccional, puesto que goza de unos derechos conversacionales que los otros participantes no tienen,

como, por ejemplo, el derecho de establecer los turnos de habla o de dirigir el tema de la conversación (Orletti 2013: 13). Normalmente, en la comunicación médico-paciente, es el primero el que desempeña el papel de director, dado que tiene un estatus social más elevado con respecto al paciente y que él es el experto, la persona que posee los conocimientos profesionales necesarios para ayudar al otro (Thornborrow 2002: 4). Es importante subrayar el hecho de que, en los foros pertenecientes al corpus, el especialista ejerce un menor poder interaccional con respecto a las comunicaciones cara a cara. Eso se debe principalmente al medio empleado; siendo un tipo de comunicación mediada por el ordenador, el médico no tiene la posibilidad de interrumpir a su interlocutor, así como no puede establecer los turnos de habla, ni el tema de la consulta. Todo esto, unido al hecho de que a veces el paciente no es un lego, sino un semiexperto (conoce algunos aspectos importantes de su enfermedad), determina, como se ha dicho anteriormente, una pérdida de poder por parte del médico, quien intenta recuperar el dominio de la interacción mediante diferentes estrategias lingüísticas. Siguiendo la propuesta de Linell y Luckmann (1991: 9), es posible identificar cuatro diferentes tipos de dominancia<sup>5</sup>, es decir:

- *Dominancia cuantitativa*: es la diferencia que existe entre los participantes en términos de cantidad de espacio interaccional a disposición. Según los autores citados (1991: 9), domina la interacción quien emite el mayor número de palabras; en cambio, Orletti (2013: 14) prefiere usar la duración del turno de habla para establecer quién domina la conversación. En los foros analizados, este tipo de dominancia está repartida de forma equitativa entre los intervinientes, puesto que hay unos casos en los que el turno más largo lo ocupa el paciente y otros

---

<sup>5</sup> Linell (1990: 158) propone una distinción entre “asimetría”, término con el que indica el fenómeno de la disparidad de los derechos conversacionales (tanto a nivel local como a nivel global), y “dominancia interaccional”, es decir, la disparidad de poder que hace referencia a la totalidad o a fases extendidas de la interacción. En concreto, Linell (1990: 158) afirma que: “la dominancia es una propiedad de la secuencia de interacciones sociales al completo (diálogo) o de algunas fases de ellas (la simetría, en mi terminología, puede ser también a nivel local)” (*trad. propia*).

en los que lo ocupa el médico. Normalmente, en la comunicación cara a cara, el enfermo no ocupa turnos muy extensos, puesto que el experto lo interrumpe con mucha frecuencia. De todas formas, es importante subrayar el hecho de que, como explica Orletti (2013: 14), a veces es la parte que detenta menor poder interaccional la que realiza un turno más largo. Los pacientes, no siendo expertos, pueden encontrar mayores dificultades para explicar cuál es su problema y, por esta razón, ocupan el turno más largo. En este caso, no es posible afirmar que los pacientes gocen de mayor poder interaccional, puesto que la extensión del turno depende de su “ignorancia” en ámbito médico.

- *Dominancia interaccional*: está relacionada con la posibilidad de llevar a cabo iniciativas fuertes o débiles. Como explica Linell (1990: 159), se considera una iniciativa fuerte cualquier intervención mediante la cual se abre una secuencia (por ejemplo, la pregunta), puesto que determina el turno que sigue, así como su contenido. En cambio, la respuesta es una iniciativa débil, dado que está determinada por el turno anterior. En la comunicación médico-paciente cara a cara, este tipo de dominancia le corresponde al experto, puesto que es la persona que hace las preguntas, y el enfermo es la que responde. Por el contrario, en los foros analizados, este tipo de dominancia la ostenta el paciente, ya que es el lego quien empieza la interacción mediante preguntas, tanto directas como indirectas. No obstante, también es posible encontrar este tipo de dominancia en las respuestas del médico. Como se puede ver en el siguiente ejemplo, a veces el experto pregunta algo al paciente de manera indirecta:

- (3) Para empezar, le diré de forma genérica que aunque su neoplasia mamaria tiene muy buen pronóstico por el tamaño de la zona afecta, para seguir argumentando con más profundidad *necesitaríamos saber por ejemplo, cómo estaban de afectos o libres los márgenes del nódulo, el grado histológico, los receptores hormonales, el grado de diferenciación histológica y relacionarlo todo con su edad, su estatus respecto de la menopausia y algún otro factor.*

- *Dominancia semántica*, que se manifiesta cuando uno de los interlocutores introduce un argumento y lo mantiene durante la conversación; además, esta misma persona impone su punto de vista. En la comunicación cara a cara, debido a las posibles interrupciones del médico, el paciente raramente elige el argumento de la conversación, mientras que en los textos pertenecientes al corpus, es el enfermo quien introduce el tema y, a veces, intenta imponer su punto de vista aventurando un autodiagnóstico o hablando del tratamiento que, en su opinión, es el más eficaz (4):

- (4) Hace casi un año, repentinamente, empezó a dolerme el hombro. Me atendieron en una clínica y el Dr. me diagnosticó "periartritis escápulo humeral" advirtiéndome que esa dolencia no desaparece si no que, periódicamente, se hace sentir. No obstante, estuve en tratamiento con unos rayos (no recuerdo de que tipo) y ultrasonidos durante unos pocos días y efectivamente la dolencia viene y va desde entonces [...] No recuerdo que tipo de rayos utilizaron en la rehabilitación pero *he visto en el mercado unas lámparas de rayos infrarrojos que, en los momentos de dolor, podría serme útil. ¿Estoy en lo cierto?*

En (4), el usuario intenta imponer su punto de vista con respecto a la lámpara de rayos infrarrojos, que, a su juicio, podría ser eficaz contra el dolor.

Por el contrario, el experto tiene la posibilidad de dominar semánticamente la conversación hablando de un tema distinto con respecto al introducido por el paciente. Asimismo, el médico ejerce ese tipo de dominancia cada vez que formula un diagnóstico, sugiriendo un tratamiento o unas pruebas que el enfermo debería efectuar (5):

- (5) Creo que *debe acudir a un Neurólogo para realizar un estudio completo que incluya pruebas de imagen como TAC y/o RMN* y descartar una enfermedad neurológica. Por los síntomas que refiere, *puede que el problema esté a nivel medular*, aunque sin una exploración física completa no se puede asegurar este aspecto. Si la cita que le dan para ser visto por su Neurólogo en el ambulatorio es excesiva (superior a uno o dos meses), tal vez debería acudir a un Hospital para ser internado y estudiado cuanto antes.



- *Dominancia estratégica*, que consiste en la realización de iniciativas más importantes en el plano estratégico. Solo hay ejemplos de este tipo de dominancia en las respuestas del médico cuando aconseja al paciente que realice determinados estudios analíticos antes de afirmar que está afectado por una determinada enfermedad (6):

(6)

Pregunta:

Hace un mes inicié una posible tendinitis luego de trabajo de máquinas sin previo calentamiento [...] Me hicieron análisis (hemograma, células Le, heces, densitometría, velocidad de sedimentación, etc.) y todo sale normal [...]

Respuesta:

En principio, si todas las analíticas reumáticas son normales, no hay porque sospechar inicialmente un cuadro concreto de este tipo.

Por el tipo de síntomas y su localización, más bien parece que podemos

encontrarnos ante una poliartralgia [...] Los estudios analíticos necesarios para estudiar su cuadro son, entre otros: radiografía de tórax y articulaciones afectadas, inmunología de ANA, factor reumatoideo y proteína C reactiva [...] Con esta valoración analítica se estará en la disposición de realizar el diagnóstico etiológico En su caso, dado la normalidad inicial de todas las analíticas y su falta de enfermedades previas, puede ser todo secundario al trabajo muscular intenso. Tendrá que esperar a ver la evolución y ver si se suman más síntomas o, por el contrario, el cuadro desaparece.

En (6) el médico le explica a la paciente que es todavía prematuro decir que sufre de tendinitis, considerando el resultado de las analíticas. De esta manera, el experto realiza una acción que le permite alcanzar sus objetivos estratégicos (Tusini 2006: 35-36), es decir, ofrecer una consulta que ayude a la paciente, orientándola en la elección de los posibles estudios analíticos y las posibles causas de sus dolores. Además, el médico subraya su superioridad desde el punto de vista de los conocimientos especializados, destacando el hecho de que nadie puede autodiagnosticarse una enfermedad y que siempre es necesario consultar a un experto.

A la luz de lo expuesto, en la comunicación médico-paciente que se observa en los foros analizados, hay una pérdida de poder por parte del médico, debida no solo a la posibilidad que tiene el paciente de encontrar información médica en Internet, sino también a la imposibilidad para el experto de controlar la interacción de la misma manera en que lo haría durante una conversación cara a cara; en consecuencia, en los foros analizados, el médico intenta recuperar parte de ese poder. Así, el propósito del presente estudio es identificar las principales estrategias empleadas tanto por el médico como por el paciente para ganar un mayor poder interaccional y para afianzar su propio *ethos* discursivo.

## 2. Resultados

Como se ha visto antes, en la comunicación médico-paciente de los foros de medicina analizados, el experto goza de un poder interaccional menor con respecto a la comunicación cara a cara, puesto que no puede desarrollar algunas de las funciones del director de la interacción (§ 1.2.). Además, debido al medio de comunicación empleado, el especialista no puede efectuar una revisión física y, por razones de precaución, en muchas ocasiones expresa su opinión atenuándola mediante moduladores epistémicos (*pienso, creo, podría, tal vez, etc.*). En efecto, en muchas ocasiones, el facultativo prefiere presentar el diagnóstico como una opinión personal o como una hipótesis, puesto que un diagnóstico equivocado podría tener consecuencias negativas, incluso de carácter penal (querrela por parte del paciente):

- (7) [...] En conclusión *pienso* que *debería* operarse y además hacerlo en un centro que cuente con una unidad de Angiología y Cirugía Vascular.

En (7), el experto atenúa la fuerza ilocutiva de lo dicho mediante el modalizador ‘pienso’ y el desactualizador ‘debería’, tras los que se

podría escurrirse en caso de que se descubriera que, en realidad, la operación no es necesaria.

Si, por un lado, la tendencia del médico a atenuar lo dicho le permite precaverse, por otro, esto puede tener repercusiones negativas en su propia imagen, dado que el profesional aparece como una persona que no está segura de lo que está diciendo y, por lo tanto, pierde credibilidad como experto. En los textos examinados, es posible identificar un continuo juego de poder entre el experto (que quiere recuperar su poder interaccional) y el lego (quien intenta reducir la asimetría que caracteriza este tipo de relación). Entre las estrategias empleadas por los participantes para adquirir mayor poder, destaca el recurso a diferentes posicionamientos discursivos. Como explica Goffman (1981), a lo largo de la conversación cada participante puede interpretar distintos papeles comunicativos, que le permiten presentar una determinada imagen de sí mismo o de su interlocutor. En concreto, Goffman (1981: 144) identifica tres roles para el emisor:

- *animador*, es decir, la persona que produce el enunciado, sin ser responsable de lo dicho;
- *autor*, el responsable del discurso, la persona que lo produjo;
- *responsable*, cuya posición está establecida mediante las palabras emitidas.

El receptor, por el contrario, se distingue en:

- *destinatario directo*, es decir, la persona a la que se dirige el emisor;
- *destinatario indirecto*, que recibe el texto de la misma manera en la que lo recibe el destinatario directo, aunque el texto no esté pensado específicamente para esta persona;
- *receptor casual*, quien participa en la conversación de manera no intencional;
- *receptor curioso o entrometido*, quien se sitúa en una posición de oyente “espía” (Calsamiglia / Tusón 2012: 137).

En los textos analizados aparecen los dos primeros tipos de emisor; tanto el paciente como el médico desempeñan el papel de *autor*; en concreto, el paciente actúa como *autor* cuando cuenta su problema, los síntomas que advierte, y el médico cuando habla del diagnóstico, de los tratamientos, etc. En cambio, si reproducen las palabras de otros

sujetos se convierten en *animadores*. Por lo que se refiere al destinatario, hay solo *destinatarios directos* (médico y paciente) e *indirectos* (todos los lectores de los foros de medicina).

Si se adopta la perspectiva analítica de Ducrot (1986), a saber, el punto de vista de la polifonía, cabe distinguir las siguientes voces (Ducrot 1986: 197-211):

- *sujeto hablante*, es decir, el sujeto empírico que profiere las palabras o las escribe;
- *locutor*, el sujeto del discurso responsable de lo que se dice. Es la persona a la que se debe imputar la responsabilidad del enunciado;
- *enunciador*, que corresponde a las diferentes voces que el locutor puede evocar.

Siguiendo la propuesta de Ducrot (1986), en los textos analizados el *sujeto hablante* corresponde al paciente en las preguntas y al médico en las respuestas. Por lo que se refiere al *locutor* y al *enunciador*, esos cambian según el texto, aunque normalmente son el paciente, el experto u otro especialista al que consultó el enfermo (8):

- (8) Los médicos simplemente me dijeron que era una cosa de nacimiento y que no me preocupara pero, la verdad es que mi calidad de vida no es muy buena porque siempre estoy débil y mareado.

En el ejemplo propuesto, el *sujeto hablante* es el paciente, el *locutor* responsable del enunciado “la verdad es que mi calidad de vida no es muy buena porque siempre estoy débil y mareado” está representado por el enfermo y los dos *enunciadores* son el paciente y el experto que lo reconoció anteriormente.

Los modelos tradicionales propuestos por Goffman (1981) y Ducrot (1986) no pueden considerarse apropiados para el estudio de la comunicación médico-paciente en los foros de medicina analizados en el presente trabajo. En efecto, para investigar ese tipo de interacción resultan necesarias categorías más flexibles y más específicas, como las sugeridas por Mishler (1984) y, sobre todo, por Cordella (2002, 2003, 2004), que se analizarán en los epígrafes siguientes.

## 2.1 Las voces médicas y las voces del paciente

Mishler (1984) distingue entre dos voces que caracterizan la comunicación médico-paciente: la *voz de la medicina (the voice of medicine)* y la *voz del mundo de la vida (the voice of the lifeworld)*, mientras que Cordella (2004) identifica tres voces pertenecientes al médico (*voz médica, voz educadora y voz empática*) y cuatro empleadas por el paciente (*voz del narrador de historias médicas, voz de la competencia, voz iniciadora y voz del comunicador social*). En los textos analizados los participantes recurren a estas voces para afianzar su propia imagen o la del otro, y para ganar mayor poder interaccional.

### 2.1.1 Las voces del médico

#### 2.1.1.1 La voz médica

Como explica Cordella (2004: 58-59), el experto puede emplear la *voz médica* para:

- Recabar información sobre las condiciones de su interlocutor que le permitan hacer un diagnóstico o evaluar eventuales cambios desde la última consulta. Normalmente, el médico desarrolla esta función mediante preguntas, por lo tanto esta voz es más frecuente en las interacciones cara a cara con respecto a las de los foros. En efecto, los textos analizados presentan una estructura dialógica bipartita en la que el paciente pregunta y el especialista contesta. No obstante, en algunas respuestas, el experto solicita al paciente información más específica sobre la enfermedad, los síntomas, etc. (9):

- (9) Para empezar, le diré de forma genérica que aunque su neoplasia mamaria tiene muy buen pronóstico por el tamaño de la zona afecta, para seguir argumentando con más profundidad *necesitaríamos saber por ejemplo, cómo estaban de afectos o libres los márgenes del nódulo, el grado histológico, los receptores hormonales, el grado de diferenciación histológica y relacionarlo todo con su edad, su estatus respecto de la menopausia y algún otro factor.*

En el ejemplo propuesto, el médico necesita más datos clínicos para elaborar un diagnóstico fehaciente; por lo tanto, mediante una pregunta indirecta, invita a su interlocutor a que le facilite la información requerida.

- Evaluar e interpretar: el experto usa la *voz médica* también para evaluar y explicar al paciente el resultado de los análisis que este ha realizado o para comprobar si está siguiendo algún tratamiento. En los textos analizados, el especialista emplea dicha voz cuando evalúa el parte médico mencionado por el paciente en su pregunta (10):

- (10)           Pregunta:  
He medido mi presión en una máquina, y en el resultado ponía presión arterial máxima sistólica 129mmHg y mínima diastólica 52 mmHg.  
Respuesta:  
En su caso *las cifras de tensión arterial se encuentran dentro de los límites normales para una persona de su edad (la diastólica tiende a ser un poquito baja, pero eso es frecuente en jóvenes).*

- Alinearse con la autoridad: mediante la *voz médica* el experto puede establecer los papeles y los deberes de los participantes en la comunicación. Por ejemplo, mediante el uso del pronombre de primera persona del singular *yo*, el especialista afirma su propia autoridad dentro de la interacción o identificándose con la voz de la institución para la que trabaja. En efecto, en (11), por medio del pronombre *yo*, el facultativo subraya que lo dicho es su opinión personal, responsabilizándose así de lo dicho:

- (11)           En principio no tiene nada que ver con las taquicardias (aunque usted no aclara si ese dolor es teniendo la taquicardia o no; *yo* supongo que el dolor es independiente).

En cambio, a través de la primera persona del plural *nosotros*, el experto se identifica con la institución médica a la que pertenece (por ejemplo *Doctoralia*, *Tuotromédico*, etc.) y presenta lo dicho como una idea compartida también por los demás médicos de su institución, como si actuara como

representante de la voz oficial de dicha institución. De esa manera, el experto refuerza su propio *ethos* profesional y su deontología y, al mismo tiempo, enaltece su imagen positiva, dado que sus palabras resultan más acreditadas y creíbles (Cordella 2004: 80-81):

- (12) [...] pero *debemos* advertir que el primer paso hacia la curación de este proceso, que obedece en términos no médicos a un sobreuso del músculo, es el reposo [...] Por otro lado, no le *recomendamos* la automedicación.

En otras ocasiones, mediante el pronombre *nosotros*, el experto se identifica con la categoría de los médicos en general o con una rama específica de la medicina (oncología, ginecología, etc.):

- (13) De ahí que *los ginecólogos preguntemos* siempre a nuestras pacientes antes de explorarlas o de hacerles una ecografía en fase del ciclo están, cuándo han tenido la última menstruación.

En ese caso, el emisor parece declinar toda responsabilidad personal, puesto que presenta sus opiniones y sus decisiones como si fueran típicos del actuar de todo experto (Cordella 2004: 81), empleando así una estrategia despersonalizadora.

Asimismo, en los textos es posible identificar un tercer uso del pronombre *nosotros*, empleado por el médico en algunas ocasiones para identificarse con el paciente. Como se ve en (14), el médico expresa empatía hacia el paciente y, al mismo tiempo, no parece asumir una responsabilidad directa, subrayando que su interlocutor está de acuerdo con él:

- (14) No me cabe la menor duda que tras la búsqueda o investigación realizada sobre este tema, *usted y yo coincidimos* con la opción de braquiterapia.

Por último, el experto puede emplear un pronombre de tercera persona – tanto singular como plural – para reproducir las palabras de otra persona, por ejemplo, lo dicho por otro médico

que reconoció al paciente. En este caso, un diagnóstico equivocado solo sería responsabilidad del otro especialista, ya que, como explica Mortara Garavelli (2009: 56-67), reproducir palabras ajenas implica siempre la adopción de un punto de vista (15):

- (15) [...] en primer lugar, dos profesionales experimentados en papiledema *le han confirmado* que usted lo sufre [...]

	Frecuencia	%
<i>Yo</i>	41	31,06
<i>Nosotros</i>	72	54,55
<i>Él/ella Ellos/ellas</i>	19	14,39
Total	132	100

Tabla 1. Estrategias discursivas empleadas por la voz médica

Como es posible ver en la tabla 1, el médico emplea sobre todo la primera persona del plural *nosotros*, mediante la cual afirma que su opinión está apoyada y es compartida por la institución para la que trabaja (en 48 respuestas) o por otros expertos (en 21 intervenciones). El uso de dicho pronombre, por lo tanto, constituye una estrategia de refuerzo del *ethos* profesional del facultativo. La primera persona del singular está empleada con una frecuencia menor, dado que a través de este pronombre el médico se responsabiliza de lo dicho, acrecentando así el riesgo de comprometer su propia imagen si el diagnóstico no resultara correcto. A la vez, el uso del *yo* le permite enaltecer su imagen, puesto que el médico aparece como una persona creíble y capacitada (Calsamiglia / Tusón 2012: 129):

El uso del “yo” en público deviene un uso comprometido, arriesgado. Con su uso, el *locutor* no sólo se responsabiliza del contenido de lo enunciado, sino que, al mismo tiempo, se impone a los demás.



### 2.1.1.2 La voz educadora

Como explica Cordella (2004: 87), la *voz educadora* está vinculada con el conocimiento médico que el experto ha adquirido durante los años de su educación profesional y experiencia médica. El fin de esa voz es transmitir esos conocimientos a los pacientes para que puedan entender mejor su estado de salud y participar activamente en la toma de decisiones. En los textos analizados, el médico emplea la *voz educadora* para explicar a su interlocutor en qué consiste una determinada enfermedad, las pruebas necesarias para detectarla, su evolución y los posibles tratamientos:

- (16) La neovascularización retiniana se trata de una lesión en la que aparecen capilares de nueva formación en el curso de retinopatías severas, como la diabética, que pueden causar complicaciones graves (glaucoma neovascular, desprendimiento de retina) e incluso ceguera. Para el tratamiento se emplea fotocoagulación con láser [...]

Asimismo, el médico emplea esta voz para explicar al paciente algunos aspectos específicos de su enfermedad (las probabilidades de recuperación total o de supervivencia, etc.), el resultado de los análisis clínicos realizados, el tratamiento médico, la operación a la que tendrá que someterse o a la que ya se ha sometido:

- (17) Tiene dos o tres puentes coronarios o by-passes: AMII es Arteria Mamaria Izquierda, que puentea a la descendente anterior, y lleva un puente de safena a la bisectriz y otro de safena a la DP. Esto, en algunos casos es secuencial (puentea a ambos a la vez, uno detrás del otro), lo cual sumaría tres, en el primer caso, y dos en el segundo.

En muchas ocasiones, el médico recurre a la *voz educadora* para educar al paciente más que para informarle simplemente. Por esta razón, es frecuente encontrar nexos explicativos como *es decir* (27 ejemplos), *que es* (16 ejemplos), *esto es* (5 ejemplos), *o sea* (1 ejemplo):

- (18) Cuando se altera la función de la unión vesicoureteral, la orina puede volver a los uréteres debido a la elevada presión intravesical que se origina en el momento de orinar, *es decir*, micción.

En (18) el médico pretende educar al paciente, enseñándole un término técnico (*micción*); de esta manera marca la diferencia que existe a nivel cognoscitivo entre él y el paciente, subrayando el hecho de que él es el experto, conocedor de un tecnolecto prestigioso. De este modo, el especialista adquiere mayor poder interaccional, enaltecendo su imagen positiva y restableciendo la asimetría funcional con su interlocutor. En efecto, así como en las demás relaciones asimétricas, también en la existente entre médico y paciente el empleo de una terminología especializada permite al experto subrayar su superioridad a nivel cognoscitivo, acrecentando de esta manera la asimetría que caracteriza este tipo de relación, sobre todo cuando el término usado resulta desconocido para el paciente (Orletti 2013: 30). Como explica Díaz Rojo (2005: 77), algunos términos médicos, como por ejemplo *SIDA*, *VIH*, *TAC*, *quimioterapia*, *artritis*, etc., se han difundido mediante los medios de comunicación, entrando a formar parte del vocabulario común. Otros, como por ejemplo *CI-Inh*, *citología*, *IgM*, *IgC*, *papiledema*, *mioma*, *fibroadenoma*, etc., pueden resultar desconocidos para los legos y dificultar su comprensión del problema, como se puede ver en los siguientes ejemplos, en los que los pacientes admiten su ignorancia en el ámbito médico, afirmando que desconocen el significado de algún término empleado por su médica (19) o que no entienden el lenguaje médico (20):

- (19) La doctora mi indico que quería descartar fibroadenoma o algo así, *este termino no sé que es* [...]
- (20) *Por su lenguaje técnico, el cual no entiendo*, me pregunto si será necesario [...]

Por lo tanto, recurriendo al tecnolecto, el facultativo tiene la posibilidad de acrecer su poder interaccional, subrayando la diferencia de conocimientos entre él y el paciente. En los textos analizados hay muchos ejemplos del uso de términos especializados en lugar de términos más transparentes para el lego:

- (21) La toxoplasmosis puede adquirirse da las siguientes formas [...] Por transfusiones de *hematíes* o transplante de órganos.

En (21), el médico decide emplear el término *hematíes*, aunque habría podido usar el término *glóbulos rojos*, que hubiera resultado más comprensible para el paciente.

En algunos textos, el experto prefiere suspender la voz *educadora* y no explicar a su interlocutor el significado de un término, en qué consiste una enfermedad, etc., enfatizando de este modo la asimetría cognoscitiva que caracteriza esa relación. En efecto, como indica Cordella (2004: 199):

en el intento de mantener la asimetría a nivel cognoscitivo que caracteriza la relación médico-paciente, los facultativos pueden limitar su papel de educadores y, de esta manera, pueden incluso dificultar una correcta y exhaustiva comprensión del estado de salud de sus pacientes (*trad. propia*).

Por lo tanto, la voz *educadora* permite, por un lado, educar al paciente para que tome conciencia de su salud y para que participe de manera más activa en el proceso de curación, y, por otro, consolidar la relación jerárquica entre médico y paciente, relegando a este último a un papel pasivo dentro de la interacción (Cordella 2004: 147; 218).

### 2.1.1.3 La voz empática

La última voz empleada por el médico en los textos analizados es la voz *empática*, mediante la cual el experto reconoce las emociones del paciente, sus pensamientos, su estado de ánimo:

(22) [...] aunque *compartimos* no solo *su preocupación*, sino también la planificación [...] Respecto al otro tema que nos plantea, el de *su honda preocupación*, no solo es comprensible sino que está perfectamente justificada dados sus antecedentes [...]

Si con la voz *médica* y la voz *educadora* el médico acrece la asimetría, subrayando su superioridad desde el punto de vista de los conocimientos, a través de la voz *empática*, el experto reduce esa asimetría planteando la interacción como si fuera un intercambio entre pares (Cordella 2004: 191).

En los textos analizados, la frecuencia de esta voz es menor con respecto a las dos otras, lo cual hace pensar que los médicos prefieren mantener la asimetría que caracteriza la relación médico-paciente.

Como se ha visto, el paciente emplea principalmente cuatro voces:

- la *voz del narrador* de historias médicas, mediante la cual expresa su estado de ánimo, sus preocupaciones, los síntomas advertidos, etc., y que le permite presentar una determinada imagen de sí mismo y de su nivel cultural;
- la *voz del comunicador social*, ligada a la identidad social del paciente (su trabajo, su familia, su estilo de vida, etc.);
- la *voz de la competencia*, a través de la cual el paciente demuestra sus conocimientos médicos;
- la *voz iniciadora*, empleada para preguntar algo al médico.

Por la naturaleza del corpus de referencia, para la presente investigación solo resultan pertinentes las dos últimas voces, que se analizan en los epígrafes siguientes.

### 2.1.2. Las voces del paciente

#### 2.1.2.1. La voz de la competencia

El paciente emplea la *voz de la competencia* para demostrar sus conocimientos y su información en el ámbito médico o su conciencia de la enfermedad. Por lo tanto, utiliza esa voz para hablar de los medicamentos que está tomando, de la operación a la que se ha sometido (o a la que tendrá que someterse), de su enfermedad:

- (23) Padezco diabetes mellitus tipo II. Tengo 27 años y me la detectaron hace nueve meses. Estoy bajo tratamiento con Mellitron (una pastilla a la hora de la comida).

En estos casos el paciente demuestra su entendimiento de algunas nociones de medicina y lo hace apropiándose de una *variación diafásica* prestigiosa, normalmente empleada por el experto. Mediante el uso de una terminología específica, el lego intenta autolegitimarse, afianzando su imagen social y presentándose como una persona competente. Al mismo tiempo, el médico puede percibir esa voz como una amenaza a su autoridad, dado que un paciente muy informado

tiende a reducir la asimetría entre experto y lego y puede poner en tela de juicio los consejos y las opiniones del experto. Es lo que ocurre en el siguiente ejemplo, en el que una paciente pide otra consulta *online* porque no está totalmente convencida de lo que le dijo el médico unos días antes:

- (24) *Hace unos días les envié una consulta sobre tratamiento láser para neoplasia cervical 1 y 2. Me indican que si es recomendable este tratamiento. Sin embargo, sigo con duda [...]*

En (24) la paciente no confía en el experto y, de esta manera, amenaza la imagen positiva del médico, como se deduce de las palabras de Cordella (2004: 181):

[...] por un lado, la competencia en el ámbito médico indica la toma de conciencia por parte del paciente sobre su estado de salud, la asunción de su responsabilidad y el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Por otro lado, una mayor competencia del enfermo puede dar lugar a un cambio en el posicionamiento discursivo (*footing*<sup>6</sup>) de los participantes y poner en tela de juicio la autoridad del experto (*trad. propia*).

Otro ejemplo en el que el paciente enaltece su propia imagen y amenaza la del médico a través del uso de la *voz de la competencia*, es el siguiente, en el que el lego equipara sus conocimientos a los del experto y se pone al mismo nivel que el médico, intentando reducir la asimetría:

- (25) *Por las noches voy tirando con las tiritas nasales "Brit Raids" o el "Vics Vaporuv", pero tanto usted como yo, sabemos que no es solución.*

### 2.1.2.2 La voz iniciadora

Es la voz que el paciente usa para adquirir más información sobre su salud; de este modo aparece como una persona desprovista de los

---

<sup>6</sup> Con el término *footing*, Goffman (1981) hace referencia a los diferentes papeles que el hablante puede desempeñar a lo largo de la interacción (Cordella 2004: 11).

conocimientos necesarios para curarse sin la ayuda de un experto. Así pues, empleando esa voz, el paciente atenta contra su imagen positiva y, a la vez, enaltece la del médico, representado como experto, persona reconocida capaz de ayudar al paciente. Desde su perspectiva, no obstante, el experto puede percibir la *voz iniciadora* como una amenaza a su imagen, tanto a la negativa (el paciente invade su territorio), como a la positiva (pierde credibilidad como experto). De hecho, la adquisición de más información y de conocimientos específicos por parte del paciente, reduce la asimetría entre el experto y el lego. De todas formas, según Cordella (2004: 212), el paciente aspira a adquirir más información no tanto para invadir el territorio del médico, sino para poder controlar mejor sus condiciones de salud.

Por lo tanto, el paciente recurre a la *voz iniciadora* cuando necesita asesoramiento médico, interpelando así a la *voz educadora*, mediante la cual el médico explica determinados aspectos de la enfermedad:

- (26) Mi pregunta es la siguiente: *¿Cuánto de probable es que se me repita otro derrame? ¿Qué ejercicios puedo hacer en mi casa para mejorar el brazo y el pie?*

En los casos analizados, los pacientes pueden hacer preguntas muy genéricas (27) – por ejemplo, en qué consiste una enfermedad – más específicas (28) o pueden pedir confirmación de una intuición propia, es decir, el enfermo se ha autodiagnosticado una enfermedad y consulta con el médico *online* para que este confirme su hipótesis (29):

- (27) *¿Qué es un fibroma?*
- (28) *¿Puede ser que la deficiencia en filtración del riñón derecho se deba a su posición pélvica y su torsión que restringe la circulación arterial?*
- (29) *Noto desde hace tiempo somnolencia, cansancio y sensación de cierto mareo. Duermo perfectamente, hago ejercicio y no fumo. ¿Algo de tensión?*

Los tres ejemplos representan distintos grados de amenaza para la imagen del médico, en concreto, (28) y (29) parecen más amenazantes con respecto a (27), dado que el paciente es un semiexperto (28) o alguien que ya ha elaborado su propio diagnóstico (29), poniéndose así al mismo nivel que el experto.

Como se ha visto, la *voz iniciadora* daña la imagen del paciente, dado que lo obliga a reconocer su ignorancia en el ámbito médico; no obstante, al preguntar algo, el lego pone en marcha una iniciativa fuerte (cfr. § 1.2.) y, en consecuencia, adquiere un mayor poder interaccional, ya que domina interaccionalmente la conversación.

Además de la *voz de la competencia* y de la *iniciadora*, para ofrecer una determinada imagen de sí mismo o de su interlocutor, el paciente tiene a su disposición el *discurso reproducido*, al que recurre con mucha frecuencia para expresar un juicio sobre el médico. En efecto, como se verá en el epígrafe siguiente, mediante determinados introductores del *discurso reproducido* – por ejemplo, los verbos ‘mandar’, ‘asegurar’, ‘insistir’, etc. –, el enfermo puede representar al facultativo como una persona descortés y agresiva, competente, agobiante, etc.

## 2.2 El discurso reproducido

El *discurso reproducido* representa un recurso muy importante para el hablante, ya que, según Hall, Sarangi y Slembrouck (1999: 297):

El uso del discurso reproducido puede constituir un recurso muy poderoso, tanto para el profesional como para el lego, para autenticar las diferentes versiones de la historia y el propio posicionamiento frente a estas versiones (*trad. propia*).

En los textos analizados, el paciente, y con una frecuencia menor también el médico, reproducen las palabras emitidas por otro hablante, o por ellos mismos, en un momento pasado. El enfermo, por ejemplo, reproduce lo que le dijo otro especialista (30) o lo que él mismo le comentó a su médico de cabecera o a un experto a quien consultó (31), mientras que el experto reproduce tanto las palabras de su propio

interlocutor (32) como las del especialista que visitó al paciente en un momento pasado (33):

- (30) A raíz de una otitis, *el otorrino me ha recomendado que me haga una operación para corregir el tabique nasal, ya que está desviado y dice que a la larga se me pueden presentar problemas* [...]
- (31) Me cambié de médico, *le comenté lo de la ictericia*, y me dijo que me veía normal. *Le pregunté si podía tener una hepatitis* [...]
- (32) *Usted me cuenta que ha iniciado su recuperación (empieza a poder cerrar su ojo) en las tres primeras semanas* [...]
- (33) En la descripción que me transcribe, *el radiólogo aprecia una silueta que no es habitual y que, por las características y ubicación, le hacen pensar en que se trata de ganglios que tiene un tamaño mayor a lo normal y que denominamos "adenopatías"* [...]

Como explica Maldonado (1999: 3552-3553), existen siete diferentes tipos de *discurso reproducido*, a saber, *discurso directo*, *discurso indirecto*, *discurso directo libre*, *discurso indirecto libre*, *discurso pseudo directo*, *discurso indirecto mimético* y *oratio cuasi-oblicua*. La elección de un tipo de discurso en lugar de otro, puede influir en la imagen que el hablante ofrece de sí mismo. Normalmente, en los textos analizados los hablantes usan el *discurso indirecto* para reproducir palabras propias o ajenas; mediante ese tipo de discurso, el emisor demuestra tener un buen nivel cultural, puesto que reproduce el contenido de otro discurso desde su propio sistema de referencia déictica – tiempo de la subordinada, pronombres, algunos adverbios, etc. – (Portolés 2004: 219), lo cual presupone una transposición sintáctica de los enunciados originales que no está siempre al alcance del hombre de a pie. Como explica Mortara Garavelli (2009: 62-68), al reproducir por escrito palabras proferidas oralmente, el paciente demuestra su dominio de las convenciones normalizadoras del escrito, intentando autolegitimarse como interlocutor. En efecto, el enfermo desea adaptar su intervención a las expectativas del médico, elevando el registro. Desde esta perspectiva, el empleo del *discurso indirecto* permite al hablante enaltecer su propia imagen positiva, presentándose como una persona suficientemente instruida. Asimismo, al reproducir



palabras propias o ajenas pertenecientes a otra situación enunciativa, el hablante puede elegir entre una *reproducción de re*<sup>7</sup> o una *de dicto*. En el corpus, tanto el paciente como el médico recurren a una reproducción *de re*, es decir, los hablantes se interesan por el contenido, por su veracidad, sin otorgar importancia a la forma de su expresión.

Como explican Maldonado González (1999: 3558-3565) y Garofalo (2015: 12-15), el *discurso reproducido* puede ir introducido por diferentes expresiones introductoras, a saber, los *verbos de comunicación verbal* ('decir, preguntar, comentar, mandar', etc.), los *de percepción* ('oír, entender, escuchar') o los *verbos epistémicos* ('aprender, constatar, leer'), cuando se usan con valor evidencial citativo. En concreto, como introductores del *discurso reproducido*, los hablantes de los foros emplean sobre todo *verbos de comunicación verbal* ('decir, mandar, aconsejar', etc.). Algunos pacientes recurren al *verbo epistémico* 'leer' con valor evidencial citativo para apuntar a la fuente de la información y eliminar la responsabilidad hacia sí mismo. Con idéntico fin, un médico emplea el *verbo de percepción* 'entender' para reproducir las palabras del paciente. Los verbos de comunicación verbal, o *verba dicendi*, expresan el cumplimiento de un acto lingüístico y la mayoría de ellos permiten al hablante ofrecer una interpretación diferente de lo reproducido. En palabras de Maldonado González (1999: 3559):

todos los *verba dicendi* [...] excepto "decir", aportan distintos tipos de información sobre el acto lingüístico efectuado, siendo muchos los que incluyen una información que condiciona directamente la manera en que el receptor interpretará el discurso citado e imponen, por tanto, una cierta lectura al destinatario.

---

7 Con el término "lectura de re" Calaresu (2004: 43) indica "l'assunzione di una corrispondenza tra discorso originale e discorso riportato solo di tipo contenutistico che rispetti i designati delle espressioni lessicali originali, al di là delle scelte lessicali attuate nel discorso riportato". Este tipo de representación "produces a double-focus effect by separating the voices of the reported speech and the reporting speaker" (Haverkate 1996: 100). Además de la lectura de re es posible identificar una lectura de dicto, término con el que se indica la asunción de la correspondencia verbatim, o palabra por palabra, entre discurso originario y discurso reproducido (Calaresu 2004: 43).

En efecto, algunos verbos (como, por ejemplo, *amenazar*, *suplicar*, *prometer*, *rogar*) añaden un matiz connotativo al acto de decir, influyendo en la imagen que el hablante quiere ofrecer de sí mismo o de su interlocutor (Escribano 2009: 17-18). Por el contrario, el verbo *decir* es un verbo neutro, porque simplemente refiere un hecho verbal y no añade un significado pragmático diferente. Así pues, de entre los verbos de comunicación, el más empleado en el corpus es *decir* (aparece 65 veces) y, por lo tanto, es posible afirmar que hay una tendencia a reproducir las palabras ajenas, o las propias, de manera neutra. Sin embargo, hay casos en los que el discurso reproducido va encabezado por un verbo que añade un matiz informativo a la acción verbal, como el verbo *mandar* (empleado 8 veces):

- (34) Se lo comenté a mi médico de cabecera y este se limitó a *mandarme* calcio, pero no se me ha solucionado.

En (34), el médico de cabecera ha dicho a la paciente que tome calcio, realizando así un acto directivo, pero es posible que haya empleado un verbo con una fuerza ilocutiva menor, por ejemplo ‘aconsejar’. De todas formas, la paciente prefiere reproducir las palabras del experto mediante el verbo ‘mandar’, que se presta a una doble lectura (Escribano 2009:40):

- Desde la teoría de los actos de habla, el recurso a un verbo de valor deóntico como *mandar* afianza la autoridad positiva, sirve para subrayar que la persona que ha manifestado la petición tiene el poder para enunciar un mandato y, por lo tanto, presenta una imagen positiva del médico (locutor citado o evocado).
- Desde la vertiente de la cortesía (punto de vista del destinatario del acto) el verbo *mandar* constituye un acto amenazador para la imagen negativa del destinatario, puesto que el hablante intenta influir en su comportamiento (invadir su territorio, limitando su libertad de acción). En ese caso, el verbo *mandar*, según el grado de confianza que el paciente tenga en el médico, proyecta una imagen negativa de este, quien puede incluso aparecer como una persona descortés y agresiva.

Otro verbo que el paciente usa para reproducir las palabras de otro locutor, dotado de un matiz pragmático añadido, y capaz de dañar o

enaltecer la imagen positiva del médico es, por ejemplo, el verbo *asegurar* (empleado 2 veces), que implica un compromiso por parte de la persona que hace las declaraciones (médico) de que lo que afirma es verdad:

- (35) Le pregunté si podía tener una hepatitis, y *me aseguró* tajantemente, basándose en el perfil hepático, que no.

En (35), el uso de *asegurar* permite enaltecer la imagen del experto, puesto que este aparece como una persona segura de lo que está diciendo – sensación afianzada por el uso del adverbio tajantemente –, pero al mismo tiempo puede representar una amenaza para su imagen positiva; en efecto, si el paciente descubre que lo que dijo el especialista no corresponde a la realidad, el médico podría incluso perder su credibilidad. Otro verbo empleado por el paciente para introducir el discurso de otra persona y dañar la imagen de esa persona es *insistir* (usado 2 veces); aunque dicho verbo transmita una imagen de confianza y de seguridad (el emisor está convencido de la certeza de sus declaraciones), el facultativo puede acabar representándose como una persona un poco agobiante, que insiste indebidamente, aventurando un diagnóstico dudoso o poco persuasivo:

- (36) El urólogo me *insiste* en que los quistes no son peligrosos [...]

En (36), el verbo *insistir* manifiesta la duda residual y la falta de confianza por parte del paciente en su médico; en efecto, el enfermo no está de acuerdo con el diagnóstico del experto y decide consultar con otro especialista. Además, el usuario usa el verbo *explicar* (2 casos), con el que enaltece la imagen positiva del médico; al mismo tiempo, mediante este verbo el paciente subraya la diferencia de conocimiento que hay entre él y el médico (este último es el experto y el enfermo es el lego) y, de esta manera, puede dañar su propia imagen (autocrítica).

Por otro lado, los pacientes emplean el verbo *leer* con valor evidencial citativo para reproducir palabras ajenas emitidas por algún especialista en un momento pasado y que los hablantes han leído en la red o en otros textos:

- (37) El caso es que en esta Web me he mirado las cosas de la zona esa, y *he leído* que el cáncer de próstata, hace que las eyaculaciones sean dolorosas [...] Tengo 20 años, y por lo que *he leído*, menos del 1% de los cánceres de próstata aparecen antes de los 50 años, pero aún así, estoy algo inquieto [...]

Mediante el uso de este verbo, el paciente tiende a enaltecer su propia imagen positiva, ya que se presenta como una persona interesada por su salud y, además, protege su propia imagen social, atribuyendo la responsabilidad de lo dicho al autor del texto originario.

Por último, entre los introductores del discurso reproducido cabe señalar el verbo *entender*, empleado por los médicos en sus respuestas para referirse a las palabras del paciente:

- (38) *Entiendo* que me está planteando usted el hecho de que ha sido diagnosticado por primera vez de un cáncer de próstata, y que la enfermedad se encuentra diseminada.

El médico emplea ese verbo de percepción como mecanismo de mitigación, es decir, el experto se atiene a lo que ha escrito su interlocutor, sin responsabilizarse de lo dicho.

Resumiendo, en los foros analizados el *discurso reproducido* representa una estrategia muy importante, empleada sobre todo por el paciente, para ofrecer una determinada imagen del locutor citado – o evocado – o de sí mismo. En concreto, como se puede ver en el gráfico, el verbo más empleado es *decir* (50%), lo cual indica una predilección por reproducir palabras ajenas o propias de manera neutra. Otros verbos usados por los hablantes que no conllevan ningún matiz pragmático añadido son *comentar* (9,23%) y *contar* (0,77%), que simplemente indican una manera de narrar un hecho (Garofalo, 2015: 12), *indicar* (6,15%) y el verbo *leer* (3,85%), que, como se ha visto, apunta a la fuente de la información.

En cambio, los restantes verbos permiten dañar o enaltecer la imagen del propio interlocutor. En concreto, la mayoría de ellos – a saber, *recomendar* (10,77%), *mandar* (6,15%), *aconsejar* (3,85%), *sugerir* (1,54%), *advertir* (0,77%) y *desaconsejar* (0,77%), usados casi exclusivamente por el paciente – atentan contra la imagen del

interlocutor, quien intenta influir en el comportamiento del enfermo y, por tanto, puede aparecer como una persona descortés, agresiva e incluso agobiante.

Por el contrario, los verbos *insistir* (1,54%), *asegurar* (1,54%) y *afirmar* (0,77%) afianzan la imagen positiva del facultativo, presentándolo como una persona segura de lo que dice; al mismo tiempo, estos verbos pueden perjudicar la imagen del médico, ya que si el paciente descubre que lo que dijo el especialista no corresponde a la realidad, el médico pierde su credibilidad como experto. Como se ha visto, otro verbo que enaltece la imagen positiva del especialista es *explicar* (1,54%), mediante el cual el paciente subraya la diferencia de conocimiento que hay entre él y el médico (este último es el experto y el enfermo es el lego).

Por último, está el verbo *entender* (0,77%), empleado por el médico en una ocasión, que le permite al especialista atenuar lo dicho, protegiendo así su imagen positiva.

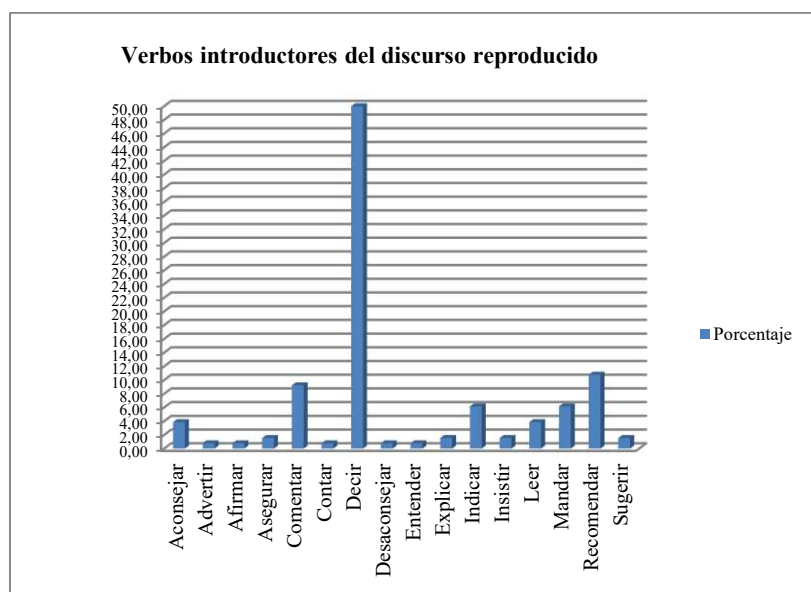


Gráfico 1. Verbos introductores del discurso reproducido

#### 4. Conclusiones

En conclusión, la relación médico-paciente ha sufrido importantes cambios con la llegada de Internet, sobre todo debido al hecho de que hoy en día el lego puede encontrar con mucha facilidad información médica que en el pasado constituía una prerrogativa exclusiva del experto. Esto ha producido un conflicto entre experto y lego, puesto que el primero ha visto disminuir su poder interaccional, mientras que el segundo ha tomado conciencia de sus derechos como paciente (derecho a la información, a poder participar en el proceso decisorio, etc.) y, en muchas ocasiones, se autodiagnostica una enfermedad, se automedica o pone en duda la opinión del facultativo. Este último puede percibir al paciente como una amenaza y moviliza una serie de estrategias para intentar reconquistar parte de su poder interaccional o para conservar el que le ha quedado.

En concreto, en los textos analizados los expertos emplean distintas voces (*voz médica*, *voz educadora* y *voz empática*). Mediante la *voz médica* el especialista puede expresar una opinión y asumir la responsabilidad de lo dicho o atribuirla a otra persona. La selección de dicha voz influye en la imagen que presenta de sí mismo, puesto que, como se ha visto en § 3.1.1.1, empleando el pronombre de primera persona del singular *yo*, aparece como una persona capacitada y asume toda la responsabilidad de lo dicho, amenazando su propia imagen positiva. En cambio, usando el pronombre de primera persona del plural *nosotros*, enaltece su imagen positiva, ya que, presentando su opinión como algo compartido por toda la institución o por los otros especialistas, gana mayor credibilidad.

Otra estrategia empleada por el médico es la *voz educadora*, gracias a la cual el especialista educa al paciente y subraya su superioridad a nivel cognoscitivo, sobre todo cuando usa un lenguaje técnico, desconocido por el paciente, o cuando suspende esa voz. En efecto, sin información específica sobre su salud, el paciente no puede actuar de manera autónoma, sigue necesitando la ayuda del experto, y este último puede preservar la asimetría típica de las interacciones institucionales.

Por último, la *voz empática*, permite al médico presentar una imagen positiva de sí mismo, dado que expresa comprensión hacia la situación del paciente.

Por el contrario, el lego emplea estrategias como el *discurso reproducido*, la *voz de la competencia* y la *voz iniciadora*. En los textos analizados, el paciente reproduce frecuentemente las palabras emitidas por otro hablante, o por él mismo, en otra situación enunciativa. En la mayoría de los casos, introduce tales palabras mediante el verbo neutro *decir*, aunque a veces prefiera emplear un verbo que conlleva un matiz pragmático añadido y que le permite presentar una determinada imagen del locutor citado o evocado. En concreto, el enfermo recurre a verbos como *mandar*, *aconsejar*, *sugerir*, *insistir*, *asegurar*, que pueden representar una amenaza para la imagen positiva del locutor citado (el médico), y el verbo *leer*, que le permite enaltecer su propia imagen e igualarse al médico. Ello ocurre también cuando el lego emplea la *voz de la competencia*, que le permite demostrar su pericia en el ámbito médico y su conciencia de la enfermedad, adquiriendo de este modo mayor poder interaccional. Lo mismo ocurre con la *voz iniciadora*, mediante la cual hace preguntas y establece el tema de la conversación, poniendo en práctica una dominancia interaccional y semántica. Sin embargo, el empleo de esa voz puede representar una amenaza para la imagen del paciente, quien admite su ignorancia en el ámbito médico, y enaltece la del médico.

## Bibliografía

- Calaresu, Emilia 2004. *Testuali parole. La dimensione pragmatica e testuale del discorso riportato*. Milano: FrancoAngeli.
- Calsamiglia Blancafort, Helena / Tusón Valls, Amparo 2012. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.

- Centro Virtual Cervantes (1997-2015). *Diccionario de términos clave de ELE* [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/diccio\\_ele/indice.htm](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/indice.htm) [07/09/2015]
- Christmann, Susanne 2013. *The impact of online health information on the doctor-patient relationship*, Media@LSE <http://www.lse.ac.uk/media@lse/research/mediaWorkingPapers/MScDissertationSeries/2012/78.pdf> [10/08/2015]
- Cordella, Marisa 2003. En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas. *Oralia* 6/1, 147-168.
- Cordella, Marisa 2002. La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional. *Onomázein* 7, 117-144.
- Cordella, Marisa 2004. *The dynamic consultation: a discourse analytical study of doctor-patient communication*, Amsterdam. Philadelphia: John Benjamins.
- Díaz, Pedro 2011. *El 33% de los internautas usa la Red para el autodiagnóstico*, Redacción médica <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-33-de-los-internautas-espanoles-usa-la-red-para-autodiagnosticarse> [10/08/2015]
- Ducrot, Oswald 1986. *El decir y lo dicho*. Barcelona: Paidós.
- Escribano, Asunción 2009. *Las voces del texto como recurso persuasivo*. Madrid: Arco/Libros.
- Fernández García, Jorge Juan 2010. *Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa* <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article13> [10/08/2015]
- Fernández García, Jorge Juan 2012. El hospital 2.0: En Medina Aguerrebere, Pablo / González Pacanowski, Toni (eds.), *La comunicación médica interactiva: el desafío de Internet*. Madrid: Editorial Fragua, 127-162.
- Garofalo, Giovanni 2015. El discurso reproducido. En San Vicente, Félix (coord.), *GREIT – Gramática de referencia de español para itálfonos. III Oración, discurso, léxico*. Bologna: Clueb, 1241-1274.
- Gimeno, Manuel 2010. *Informe anual sobre el desarrollo de la sociedad de la información en España*, Madrid: Fundación Orange.



- <http://www.proyectosfundacionorange.es/docs/eE2010.pdf>  
[17/08/2015]
- Goffman, Erving 1981. *Forms of Talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Grossi, Gianluca 2014. *Il medico di famiglia adesso è Internet. Ma sbaglia le diagnosi*, Il Giornale  
<http://www.ilgiornale.it/news/interni/medico-famiglia-adesso-Internet-sbaglia-diagnosi-1022818.html> [10/08/2015]
- Hall, Christopher James / Sarangi, Srikant / Slembrouck, Stef 1999. The legitimation of the client and the profession: Identities and roles in social work discourse. En Sarangi, Srikant / Roberts, Craige (eds.), *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin/ New York: Mouton de Gruyter, 293-322.
- Haverkate, Henk 1996. Modal patterns of direct and indirect discourse in Peninsular Spanish. An analysis within the framework of speech act typology. En Janssen, Theo / van der Wurff, William (eds.), *Reported Speech. Forms and functions of the verb*. Amsterdam / Philadelphia: John Benjamins Publishing Company, 97-119.
- Heritage, John / Clayman, Steven 2010. *Talk in action: Interactions, Identities and Institutions*, Malden: Wiley- Blackwell.
- Králová, Petra 2012. *Power relations in doctor-patient communication* [http://is.muni.cz/th/361459/ff\\_b/Thesis.pdf](http://is.muni.cz/th/361459/ff_b/Thesis.pdf)  
[10/08/2015]
- Linell, Per 1990. The power of dialogue dynamics. En Markova, Ivana / Foppa, Klaus (eds.), *The dynamics of dialogue*, Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 147-177.
- Linell, Per / Luckmann, Thomas 1991. Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries. En Markova, Ivana / Foppa, Klaus (eds.), *Asymmetries in dialogue*, Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1-20.
- Maldonado González, Concepción 1999. Discurso directo y discurso indirecto. En Bosque, Ignacio / Demonte, Violeta (eds.), *Gramática descriptiva de la lengua española*, vol III. Madrid: Espasa Calpe, 3549-3595.

- Manghi, Sergio 2005. *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*. Milano: FrancoAngeli.
- McMullan, Miriam 2006. Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship, *Patient Education and Counseling* 63, 24-28 [http://www.imop.gr/sites/default/files/frontistirio\\_1\\_mitropoulos.pdf](http://www.imop.gr/sites/default/files/frontistirio_1_mitropoulos.pdf) [15/08/2015]
- Mishler, Elliot George 1984. *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*. Norwood: Ablex.
- Moreno, Constanza 2014. *Cuidado con el autodiagnóstico por Internet*, El nuevo día <http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/ciudadania/al-consultorio/234002-cuidado-con-el-autodiagnostico-por-Internet> [10/08/2015]
- Mortara Garavelli, Bice 2009. *La parola d'altri. Prospettive di analisi del discorso riportato*. Alessandria: Edizioni dell'Orso.
- Nannicini, Silvia (coord.) (2008). *Garzanti. I grandi dizionari. Italiano* (GGD), Varese: Garzanti linguistica.
- Orletti, Franca 2013. *La conversazione diseguale: potere e interazione*. Roma: Carocci.
- Palomar, Manuel Javier 2007. Tecnologías del lenguaje humano aplicado a la biomedicina. En Alcaraz Varó, Enrique / Mateo Martínez, José / Yus Ramos, Francisco (eds.), *Las lenguas profesionales y académicas*. Barcelona: Ariel, 179-190.
- Portolés, José 2004. *Pragmática para hispanistas*, Madrid: Síntesis.
- Ten Have, Paul 1991. Talk and Institution: a reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient interaction. En Boden, Deirdre / Zimmerman, Don H. (eds.), *Talk & social structure. Studies in ethnomethodology and conversation analysis*. Cambridge: Polity Press, 138-163.
- Thornborrow, Joanna 2002. *Power talk: Language and interaction in institutional discourse*. Harlow: Longman.
- Tonacci, Fabio 2011. *Gli errori del dottor Internet*, La Repubblica <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2011/07/18/gli-errori-del-dottor-Internet.html> [10/08/2015]
- Tusini, Stefania 2006. *La ricerca come relazione. L'intervista nelle scienze sociali*. Milano: FrancoAngeli.