

**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



GIOVANNA MAPELLI\*

## La comunicación (e)-médico/(e)-paciente en los foros de salud

### 1. La relación médico-paciente y la Medicina 2.0

La relación médico-paciente es un tipo de interacción asimétrica prototípica (Linell 1990; Orletti 2000) que se ha caracterizado siempre por la diferente posición jerárquica que ocupan ambas partes. Así, el médico posee un nivel de conocimientos especializados y una experiencia clínica, lo que contrasta con un menor dominio de los conocimientos especializados y la experiencia vital de la enfermedad por parte del paciente.

Se trata de un tipo de relación en el que los interlocutores se distinguen también por un acceso desigual a los poderes de gestión de la interacción, es decir, hay predeterminación de la alternancia de los turnos y uno de los interlocutores controla el desarrollo de la comunicación y de la organización de esta, y domina el tema con capacidad para imponer su punto de vista debido a su poder social (Cordella 2004). Según el modelo más antiguo, esta relación se ha caracterizado por cierto paternalismo, en el que el médico dominaba la escena y decidía por el paciente mientras que este tenía una actitud completamente pasiva. Los dos mundos, el del médico y el del paciente, estaban separados, con un flujo informativo unidireccional *top-down*.

Sin embargo, hoy en día el modelo de relación vigente ha cambiado. Se trata de un patrón de cobertura universal o modelo social (Gelabert 2012) en el que existe cierta colaboración con el paciente, puesto que las decisiones terapéuticas ya no son

---

\* Università degli Studi di Milano. Código Orcid: 0000-0002-9825-875X.

unidireccionales, sino consensuadas. Además, esta actitud activa del paciente está incentivada también por la presencia de Internet en el ámbito médico. La Web 2.0, de hecho, favorece una interacción más directa y una retroalimentación con el interlocutor, que resulta más comprometido, activo y participativo (Allen 2008; Yus Ramos 2010).

La ligazón entre Red y medicina era inevitable, ya que los ciudadanos están constantemente buscando información y consejos médicos<sup>1</sup> y esto conlleva un cambio en las modalidades en las que se desarrolla el encuentro entre médico y paciente y entre paciente y paciente.

En la Web 2.0, la relación médico-paciente se desarrolla en un eje horizontal (Fischer / Todd 1986), puesto que el paciente desempeña un papel cada vez más relevante y se convierte en parte activa del proceso comunicativo, aportando sus opiniones y experiencias y llegando, incluso, a establecer controversias con el médico (Olmos-Tomasini 2010). En la época de la e-Salud, Medicina 2.0 o Salud 2.0 (Medina Aguerrebere / González Pacanowski 2012) se va perdiendo aquel desequilibrio cognoscitivo entre profesional sanitario y paciente. Este tiene numerosas posibilidades de informarse, de compartir información (Ruberto 2011), y de desempeñar un papel fundamental en la divulgación médica (Anesa / Fage-Butler 2015), abriendo nuevos escenarios comunicativos en los que se van a generar interacciones grupales entre el experto y la comunidad de pacientes o entre los pacientes mismos, que van adquiriendo cada vez más poder decisional en temas de salud (Sommerhalder *et al.* 2009).

También es cierto que esta búsqueda desenfrenada de información no crea un verdadero conocimiento, sino que puede llegar a dar lugar a nuevas formas de ansiedad (Santoro 2011) e hipocondria, denominada *cybercondria* (Ruberto 2011). Además, la mala interpretación de la información, el hecho de no haber consultado la autoridad de la fuente, la escasa capacidad de filtrar los datos y la falta

---

<sup>1</sup> De hecho, según una encuesta realizada en julio de 2015 por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, al menos un 37,8 por ciento de la población española busca información sanitaria en Internet y un 20 por ciento afirma haberse bajado alguna aplicación sobre salud en su móvil <www.lagranepoca.com> [10/10/2015].

de conocimientos especializados en el campo médico podrían producir confusión en los pacientes (Faiella 2015; de Semir 2015) y conducirlos a un autodiagnóstico incorrecto (Grossi 2014), con el agravante de llevarlos a una automedicación equivocada que podría poner en peligro su salud y aportarles otras complicaciones (Moreno 2014). Dicho de otro modo, de acuerdo con de Semir (2015), la bulimia comunicativa que sufrimos, en realidad está contribuyendo a la anorexia de conocimiento en los ciudadanos del siglo XXI o a la “deriva informativa”, en palabras de Metitieri (2009), porque sin la obligación de identificarse, cualquiera puede difundir información erróneas sin asumir ninguna responsabilidad.

## 2. Corpus y metodología

En el marco de la (ciber)pragmática (Levinson 1983; Yus 2010), de la pragmática interaccional (Arundale 2006) y de la gestión de las relaciones interpersonales (Spencer-Oatey 2000, 2008), este trabajo se propone destacar las estrategias lingüístico-discursivas que el (e)-médico y el (e)-paciente utilizan en las conversaciones de los foros de salud, con el objetivo de analizar cualitativamente de qué manera los interlocutores construyen su imagen (Goffman 1981) en el ciberespacio. En particular, el análisis pretende observar si el entorno digital influye en la relación de poder entre médico y paciente, es decir, si existe un efectivo empoderamiento (*empowerment*) por parte del enfermo y si se crea un nuevo modelo de comunicación.

El corpus está formado por 70 conversaciones virtuales sobre enfermedades comunes (alergias, gripes, artritis, tiroides, bronquitis, problemas metabólicos, cervicales, infecciones urinarias, acné, entre otras) extraídas durante el año 2014 de tres foros de medicina: *Forumclinic* <<http://www.forumclinic.org/>> [FC], *Onsalus. La salud en línea* <<http://www.onsalus.com/>> [OS], y <[portalesmedicos.com](http://portalesmedicos.com/)> [PM].

FC es un programa interactivo, creado en el ámbito de un proyecto financiado por la Fundación BBVA, y está liderado por los

profesionales de los centros hospitalarios y de atención primaria de la Corporación Sanitaria Clínic, del Hospital Clínic de Barcelona. OS y PM son portales de información de salud dirigidos tanto a profesionales sanitarios como a los profanos del tema.

Se ha elegido como foco de análisis el foro, puesto que es el instrumento más utilizado por los enfermos para informarse (EPG Health Media 2010).

Los hilos (*threads*) están constituidos al menos por dos mensajes (*posts*): la pregunta del paciente, o de un familiar, y la respuesta del médico o de otro enfermo. Los mensajes tienen una longitud variable y la duración de los turnos de palabra de los intervinientes no es fija. Es decir, existe una repartición equitativa de las intervenciones: a menudo, la pregunta es mucho más larga que la respuesta del especialista, puesto que, como afirma Orletti (2000), la extensión del turno puede depender de la falta de competencia en el ámbito médico y, por lo tanto, el paciente necesita más tiempo para exponer todos sus síntomas. Sin embargo, en otros casos, es el médico que goza de un turno más largo.

Huelga subrayar que el proceso de compartir información sobre un determinado tema no solo adquiere la forma de paciente-experto o experto-paciente, como ocurre en las interacciones diádicas en las consultas tradicionales, sino que construye un complejo entramado de relaciones, como por ejemplo paciente-paciente, paciente1-médico-paciente2, etc., y exhibe aspectos de circularidad a través de diferentes participantes y potenciales lectores futuros. Así pues, todos los intervinientes contribuyen a la difusión de la información, proporcionando diferentes puntos de vista. Por este motivo, se habla de una divulgación oblicua, “en tanto que es indirecta, generada por el usuario, dialógica y polilógica” (Anesa / Fage-Butler 2015: 106).

### 3. Análisis del corpus

El análisis se centra a nivel macrodiscursivo en las intervenciones del paciente y en las del médico y a nivel microdiscursivo en las

estrategias utilizadas por los dos interlocutores para enaltecer su propia imagen y al mismo tiempo rebajar la del otro en la lucha por el poder interaccional.

### 3.1 Las intervenciones de los pacientes

Según Cordella (2004), el paciente posee cuatro voces, a saber:

- *la voz del narrador de historias médicas*, para expresar su estado anímico, sus preocupaciones, que le permite mostrar una determinada imagen de sí mismo y de su nivel cultural;
- *la voz iniciadora*, para preguntar algo al médico;
- *la voz de la competencia*, para demostrar sus conocimientos médicos;
- *la voz del comunicador social*, relacionada con su entorno social (familia, trabajo, estilo de vida, etc.).

Del análisis se desprende que dominan las tres primeras voces. La primera intervención pertenece siempre al paciente; se trata de micronarraciones en las que el paciente, con su “voz narradora” (Cordella 2004), cuenta su historia y plantea un problema de salud para saber qué opinan los demás sobre un determinado tratamiento o una enfermedad. Además, con la voz narradora se mezcla la “voz iniciadora” con la que el lego formula preguntas al destinatario. Linell (1990) explica que la pregunta es una iniciativa fuerte, puesto que determina el turno siguiente y su contenido. Desde este punto de vista, podemos afirmar que el paciente ostenta una dominancia interaccional (Linell / Luckmann 1991) al abrir el turno conversacional; en la interacción tradicional, en cambio, el enfermo era un sujeto pasivo, del que se esperaban solo intervenciones de tipo reactivo, como, por ejemplo, respuestas, justificaciones, expresiones de acuerdo, etc. (Petrillo 2002). Sin embargo, también es cierto que el médico, como veremos, formula preguntas para aclarar mejor el estado de salud del paciente y llegar, de esta manera, a un diagnóstico más fiable.

En el comienzo y en el cierre se ha identificado la presencia de intercambios de comunicación fática tales como los saludos, los agradecimientos y las despedidas como “rituales de acceso” (Goffman 1973), como *hola, gracias, se lo agradecería mucho*, que se emplean

para activar la interacción y establecer y reforzar las buenas relaciones entre los internautas.

En la mayoría de los casos, el enfermo o un familiar empieza con una breve descripción de los síntomas (1), recurriendo por ejemplo a símiles para describirlos (“una especie de crujido”, “sentía como un crujido”, “una especie de arenilla”); otras veces aporta también los resultados de los análisis clínicos (2). En la parte inicial y final de la intervención, pide aclaraciones, ayuda o consejos (“alguien me puede ayudar o aconsejarme”, “ayúdeme por favor”, “ayúdenos por favor”), como se puede observar en los siguientes ejemplos<sup>2</sup>:

- (1) hola... a ver si alguien me puede ayudar o aconsejarme...  
Hace unos meses q me despertó una especie de crujido en la garganta; que después desapareció durante unos meses.  
Al cabo del tiempo se volvió a repetir, al tragar sentía como un crujido en la garganta y tb dolor alguna vez. Al tragar sentía como una especie de arenilla. Me hicieron una ecografía pero no vieron nada; así que realizaron una gammagrafía en la que me detectaron un nódulo frío en el lóbulo derecho de grado 1.  
En una analítica los niveles tumorales eran normales.  
Otra cosa que me pasó es que me salieron herpes en el cuello y como espinillas y me picaban.  
La verdad que en la ecografía no lo ven y no se si al no verlo podrán hacerme la biopsia y tb si se puede operar.  
La verdad es que estoy bastante preocupada y me gustaría que si alguien sabe de ésto o a pasado por lo mismo me dijera algo. Se lo agradecería mucho (PM).
- (2) Hola Ayudenme por favor estamos desesperados, mi esposo tiene 31 años y lleva ya casi un mes con temperaturas de hasta 39.5 intermitentes le da por lo menos 3 veces al día en cuestión de minutos, el doctor dijo que era salmonela, pero no reacciono al medicamento y le solicito unos analisis en los que dan el siguiente resultado:  
ANTIGENO TIFICO O- NEGATIVO  
ANTIGENO TIFICO H- NEGATIVO  
ANTIGENO PARATIFICO A- NEGATIVO  
ANTIGENO PARATIFICO B- NEGATIVO  
ROSA DE BENGAL- NEGATIVO

<sup>2</sup> A menudo se trata de un tipo de escritura poco cuidada, con erratas y errores lingüísticos y en los ejemplos se dejarán en su forma original.

ANTIGENO PROTEUX OX-19- POSITIVO DIL 1:80

Le dijo que era algo relacionado a los lacteos (lo que no me deja muy convencida) y le receto Garamicina ampollitas de 160 mlg. una ampoyeta diaria por 10 días, pero ya va en la 4 y sigue con temperaturas, cansancio, dolor de espalda y no vemos mejoría, estamos angustiados pues lleva ya casi un mes enfermo y ha bajado mucho de peso, que hacemos es grave lo que tiene o tenemos que cambiar de médico o es correcto lo que nos indico, ayudennos por favor, gracias (PM).

En (1) y (2) reparamos también en los motivos por los que el enfermo recurre a Internet, es decir, la falta de confianza en el médico y en la terapia que le ha prescrito (“lo que no me deja muy convencida”, “tenemos que cambiar de médico”); y el deseo de compartir experiencias (“me gustaría saber si alguien sabe de esto o ha pasado por lo mismo”). En particular en (2), nos percatamos de la necesidad de “autoafirmación” (Hernández-Flores 1999; Spencer-Oatey 2008) por parte del enfermo, que manifiesta su deseo de distinguirse de la decisión del médico y expresar su opinión; en este caso, revela su desacuerdo con el profesional, ya que no le ha solucionado la dolencia. Por lo tanto, el enfermo, si antes recurría al entorno familiar como fuente de información<sup>3</sup> y, tal vez, como sostén emotivo, ahora apela a la voz de los internautas (profesionales o profanos) para socializar y obtener consejos, opiniones y, así, mitigar sus preocupaciones (EPG Health Media 2010). De hecho, una investigación sobre las razones por las que los ciudadanos se dirigen a la Red destaca que en el primer puesto está la voluntad de conocer las experiencias de otros pacientes, que padecen los mismos trastornos (EPG Health Media 2010).

Además, quien acude a los foros delata casi siempre cierta preocupación y agobio. Se trata de un trabajo interaccional enfocado a

---

<sup>3</sup> El 48,9% recurre a personas cercanas (amigos y familiares) como fuente de información sanitaria, según una encuesta realizada por Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) en 2012  
<[http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe\\_ciudadanos\\_esanidad.pdf](http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf)> [10/10/2015].

la “afiliación” (Bravo 1999), que está relacionada con la expresión de sentimientos y sensaciones que el interlocutor quiere compartir con el oyente, con un fin “asociativo” (Spencer-Oatey 2008). En (1) y (2) aparecen muchas expresiones de la esfera léxica de la inquietud y el desasosiego (“estoy bastante preocupada”; “no me deja muy convencida”, “estamos desesperados”, “estamos angustiados”, “es grave lo que tiene”...); a veces, enfatizadas por adverbios enunciativos que expresan la actitud del hablante (“Sinceramente estoy preocupada”, FC) y que indican un alto compromiso con lo que se dice (Porroche Ballesteros 2006) o con marcadores de apoyo a la información, como *la verdad* (“La verdad, estoy preocupada”, OS), que sirve para aseverar el contenido del enunciado y para expresar mayor rotundidad (Serrano 1997).

En (3), en cambio, el paciente utiliza una jerga médica muy precisa, y algunos marcadores que sirven para reforzar su conocimiento (por ej., “como bien saben”), mostrando su “voz de la competencia” en el tema tratado, pero, al final, cierra con una pregunta para aclarar una duda, rebajando el poder interaccional que había adquirido en la primera parte del turno:

- (3) Como ya lo he expresado por otro foro, se me ha detectado EPOC, debo de usar inhaladores (seretide, anasma, etcétera), como bien saben, estos contienen corticosteroides, y una de las causas de cushing es la medicación excesiva o inapropiada de corticosteroides, pero tengo una duda ¿puedo desarrollar cushing al estar inhalando estos corticosteroides? (OS).

El paciente se considera capaz de documentarse y de aventurar un diagnóstico, como se ve en (4) y (5). En (4), el lego declara que se ha informado a través de Internet; de este modo, afianza su poder, ejerciendo una dominancia semántica, aunque atenuada por el uso del modalizador “creo”; en (5), la decisión de agregar hepatograma está reforzada por el uso del deíctico “yo mismo”, que posiciona al enunciadador en el texto:

- (4) No entendía nada y finalmente, después de buscar en Internet, creo haber descubierto que se trata de alergia a los hongos ambientales (OS).



- (5) si doctor , padezco hipotiroidismo estoy tomando t4 mis ultimos valores estan mas cerca de lo normal, descubri esto hace un año y estoy en tratamiento, ademas por otros sintomas pedi yo mismo agregar hepatograma (PM).

En (6) no solo el lego “curiosear” en la Red para buscar información, sino que de esta pesquisa se da cuenta de que el médico se ha equivocado, lo que le produce enfado:

- (6) Acabo de venir del médico de recoger los resultados de un analisis de sangre [...] La médica me ha dicho viendo los resultados que estaba todo bien, dentro de los valores normales.... He llegado a casa y me he puesto a curiosear con los datos y, veo que en el apartado de Bioquimica el HIERRO lo tengo por encima de los valores que se consideran normales (40 - 150 g/dl) y yo tengo 198..... la ferritina la tengo bien (10-291ng/ml) y yo tengo 30.3.... Y ya me he mosqueado porque leyendo por Internet he leído que es malo tenerlo alto y que puede producir trastornos al hígado, corazon... (PM).

De ahí se desprende que en estas interacciones se mezclan constantemente conocimientos que proceden de diferentes fuentes (médico, paciente, Internet...), y se influyen mutuamente en el proceso de co-construcción discursiva.

A partir del primer mensaje, los internautas empiezan a contestar. Se pasa así de una interacción diádica médico-paciente a una interacción grupal, en la que no solo el médico responde, sino que también otros ciudadanos pueden aclarar las dudas de quien escribe o aportar su experiencia<sup>4</sup>.

Cabe destacar que es difícil averiguar la verdadera identidad de los interlocutores porque, a menudo, no se identifican y se esconden detrás del *nickname* “Anónimo”. El hecho de no declararse abiertamente ‘experto’ o ‘paciente’ es una forma de cautela, para no comprometerse con lo declarado y, de esta forma, proteger su imagen positiva en el caso de falacias o de interpretaciones incorrectas de los

---

<sup>4</sup> Las interacciones grupales se generan también en las farmacias, en las que “los clientes se sienten en libertad de tomar parte en interacciones con otros clientes mientras esperan que les atiendan o entre el farmacéutico y otros clientes” (Hernández López / Placencia 2004: 138).

síntomas, lo mismo que ocurre en otros géneros de la comunicación médica, como por ejemplo, el prospecto de medicamento (Calvi / Mapelli 2009). La protección de la propia imagen positiva es un rasgo evidente en los intercambios de los foros, tanto que en numerosos mensajes de respuesta se lee:

- (7) Finalmente quiero decir que *no soy médico y este mensaje no es un consejo médico pero justo una información que lei* (FC).
- (8) *Yo sé algo de nutrición, así que te intento explicar* (OS).

Por consiguiente, a menudo se subraya la necesidad de ir a una consulta médica. La comunidad de enfermos se da cuenta de la importancia de la voz autoritaria del experto; de hecho, abundan expresiones como “vete a tu médico”, “consulta a tu médico”, “es fundamental el contacto con el médico”, “consúltalo con tu médico”, para no correr el peligro de violar la parte más íntima que gira alrededor de la historia del internauta como paciente (Santoro 2011).

De todos modos, quien responde, a pesar de no ser un profesional, demuestra dominar el tema. Se observan los mismos procedimientos de autoafirmación utilizados por los médicos (cfr. § 3.2), cuando describen la enfermedad y dan consejos; de hecho, encontramos definiciones, reformulaciones, etc.:

- (9) La brucelosis es un enfermedad causada por una bacteria llamada Brucella con diferentes sepas o especies, la mas dañina es una llamada Brucella melitensis pero la mas comun es la Brucella abortus, esta baceria se puede encontrar en muchos tipos de animales comoson borregos, caballos, perros, puercos, también en algunos derivados de la leche como serian los quesos, principalmente en el de cabra. Lo que se siente en esta enfermedad en general es: Dolor de cabeza; Dolor de cuerpo, Fiebre alta, (mas alta durante la noche y de menor grado en el día), Inflamación de ganglios, Dolor el articulaciones con predominio en las inguinales. El diagnostico se hace con una prueba sanguínea [...] (PM).
- (10) mira casi todo este tipo de molestias como tu lo explicas se debe a inflamacin de nervios, musculos, esto por lo general como tu dices como debajo de la parrilla costal se debe a algo que se llama Osteocondritis o constocondritis, por lo geneal no se debe a problemas

cardiacos, cuando uno inspira aumenta el dolor o a la hora de dormir por posición (PM).

Entre los participantes se crea cierta “confianza”, contenido de la “afiliación” (Bravo 1999), es decir una proximidad y un sentido de familiaridad entre los enfermos, tanto que algunos al cabo de unos meses vuelven a escribir para saber, por ejemplo, qué tal ha ido una operación o cómo está la otra persona. En estas intervenciones, suele ser habitual un tono compasivo, condescendiente, empático e, incluso, comprometido y solidario, puesto que quien contesta cuenta su experiencia e introduce a menudo expresiones para animar al interlocutor y aliviar sus penas:

(11) Mucho ánimo guapa!! Ahora te van a dejar estupenda. No si al final, todo tiene su lado positivo. Te deseo de corazón que todo vaya muy bien. Yo soy de Valencia y Santiago me queda muy lejos para un fin de semana pero tengo unos muy buenos amigos gallegos así que a lo mejor un día nos conocemos. Animo y mucha fuerza. Besos (FC).

(12) Rogare por ti para que estes bien, Dios te bendiga (PM).

A veces en la respuesta se pretende disminuir la importancia del problema (13 y 14), recurriendo, por ejemplo, a la conjunción adversativa (“pero”), adjetivos con connotación positiva, precedidos de un sufijo intensificador (“superhabitual”) o expresiones minimizadoras (“una pequeña intervención”; “es menos de lo que imaginas”...):

(13) por la pinta que tiene es el vph, *pero no te preocupes*, es *superhabitual*, yo pensaba que no, pero te enteras de la cantidad de chicas que lo tienen, tarda mucho en provocar cáncer y aparte de eso solo hay dos tipos que lo provocan, el 16 y el 18. ponte en tratamiento cuanto antes. *me harán una pequeña intervención*, me lo cauterizan y *se acabó. luego no da problemas* para ser mamá ni nada de eso. es serio como porque no deja de ser un virus, *pero luego no trae complicaciones* (FC)

(14) ANIMO ¡¡ veras como *es menos de lo que imaginas*. Besos (FC)

Se observa, por tanto, que los foros son en realidad un canal narrativo en el que se forma un entramado de historias que ayudan al paciente a aceptar y a vivir su dolencia con más positividad<sup>5</sup>. El desahogo emocional que conlleva el hecho de hablar y compartir con otros los problemas y dificultades, que antes se hacía en los consultorios, refuerza la capacidad de afrontar las situaciones, como si la escritura fuera una catarsis para aceptar la nueva condición, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas o muy graves (Gelabert 2012). Esta necesidad de contar se debe quizás a la aridez de la actual relación médico-paciente, en la que el contacto humano entre ambos es cada día más escaso. Antes el médico de cabecera destinaba al cliente un trato muy familiar; ahora, las profesiones sanitarias están marcadas por un alto grado de especialización y la Sanidad está muy burocratizada (Hernández Guerrero 2012), con la consecuente deshumanización de la relación médico-paciente en la que el facultativo trata más con ‘usuarios’ que con ‘personas’; es decir:

El paciente experimenta la sensación de que el médico se limita a cumplir su horario y de que no está, como antaño, disponible de forma generosa para el paciente, aunque la dedicación del médico es correcta. Por tanto, el sistema sanitario administrativo transforma al paciente y al médico en personas casi anónimas (Gelabert 2012: 42-43).

### 3.2 *Las intervenciones del médico*

En las respuestas del médico se observan las tres “voces” lingüísticas detectadas por Cordella (2002): voz médica, voz educadora y voz empática.

---

<sup>5</sup> Hoy en día recobra importancia la medicina narrativa, cuyo objetivo no es cuestionar ninguno de los logros de la tecnomedicina actual, sino complementarlos mediante el diálogo, la empatía y la comprensión narrativa de cada paciente. Este llega a la consulta con un relato de su vida en el que la última escena es la enfermedad actual. De cara al paciente, la escritura se convierte en un medio terapéutico y favorecedor de la recuperación, ya que, por un lado, señala la percepción de la enfermedad por parte del afechado y, por otro, estimula la tan manida empatía médico-paciente (Masini 2005).

En primer lugar, el experto emplea la “voz médica” para formular preguntas y pedir aclaraciones e informaciones sobre el estado de salud del paciente con el objetivo de obtener todos los datos y llegar a un diagnóstico o a un tratamiento fehacientes:

- (15) Sí que tiene cura, ciertamente. Lo que pasa es que, a estas alturas, ya debe haberse curado de dicha infección. ¿Es así? ¿Tiene algún tipo de lesión en la piel de la zona? ¿Cómo es dicha lesión? ¿Quema? ¿Duele? (OS).
- (16) ¿está tomando algún tipo de tratamiento médico por alguna razón? (FC).

Cuando el médico contesta suele emplear un tono explicativo; esta “voz educadora” del experto se manifiesta en la explicación y en la reformulación de los términos médicos, a través del uso de marcadores reformuladores (“es decir”), de verbos metalingüísticos (“llamadoa”) y definiciones, típicos de la divulgación científica (Mapelli 2004), como en (17):

- (17) Intento explicar los términos, la PCR *es* una técnica para medir el número de virus en sangre (también *llamada* carga viral), puede ser cuantitativa y entonces da el número total de virus o cualitativa (y solo da si es positiva o negativa, *es decir* si hay virus o no). En el caso del VIH para el control de si un tratamiento ha sido eficaz, practicamente siempre se utiliza la cuantitativa.  
Esta técnica no se debe utilizar para el diagnóstico, porque con cierta frecuencia puede salir positiva aunque el paciente no esté infectado (es lo que se llama falso positivo). Espero que con esto se hayan aclarado los tecnicismos. Si hay alguna otra duda, preguntad y entre todos intentaremos resolverla (FC).

Al lado de las secuencias expositivas, se encuentran actos de habla directivos orientados a dirigir la conducta del destinatario para garantizarle algún beneficio (Gallardo 2004; López Samaniego / Taranilla 2012), ya que el médico brinda al paciente recomendaciones. También en este caso el médico recurre a su voz educadora para recomendar algún tipo de tratamiento o de terapia. Se utilizan formulaciones explícitas de la recomendación: perífrasis verbales de

obligación (“*deber* + infinitivo”), como en (18); oraciones con el verbo *convenir* y sujeto no personal (19)<sup>6</sup>; uso performativo del verbo *recomendar* (20), expresiones con “verbo copulativo + adjetivo de juicio” (21) o con el verbo modal fuerte *necesitar* (22):

- (18) De forma aislada, no podemos conocer el origen de una calcemia elevada. Imagino que, tras obtener ese valor, su médico ha optado por realizar algún tipo de examen clínico más. ¿Es así? *Debería hacer* una analítica, con alguna hormona concreta, que podría sacarnos de dudas (PM).
- (19) *Convendría*, pues, realizarse un test de orina rápido. Las molestias que explica encajan más con esa posibilidad (PM).
- (20) Para saber si, efectivamente, se trata de una infección de orina, lo más sencillo, y lo que *le recomiendo* que haga, es que acuda a su centro de salud, de cara a realizarle un test de orina (OS).
- (21) *es recomendable* el uso de un vaporizador en casa que le de más humedad al aire. Además, *es bueno* el uso de aerosoles salinos o el ungüento de vaselina (como Vasoline), que te ayudarán a prevenir este tipo de hemorragias, sobre todo en invierno (PM).
- (22) para llegar a un diagnóstico correcto respecto a las molestias referidas, *necesitamos realizar* incluso una ecografía (OS).

De esta manera, dar explicaciones y consejos es una muestra de autoafirmación del médico; además, mediante el uso de la deixis personal de primera persona del singular (*yo*), el profesional afirma su propia autoridad dentro de la interacción comprometiéndose con lo que está aseverando y, con la marca de primera personal del plural (*nosotros*), el médico se identifica con la institución que representa y afianza su *ethos* profesional. El especialista, consciente de sus cualidades sociales positivas, remarca, así, la asimetría a nivel cognoscitivo e incrementa su poder interaccional. Sin embargo, la presencia del condicional en algunas de estas estructuras mitiga la fuerza impositiva de la recomendación. Esto se debe a razones de

---

<sup>6</sup> El verbo *convenir* predica acerca del *dictum* y le asigna una propiedad, la de ser útil para un fin determinado. Este verbo carece de un sujeto semántico, por lo tanto, impone menos fuerza ilocutiva (Gallardo 2004).

precaución, puesto que sin poder realizar una revisión física, el médico no quiere comprometerse con lo dicho, ya que una terapia equivocada podría tener consecuencias negativas de carácter penal. Por el mismo motivo, se recurre a expresiones con función modalizadora, que indican la posición que toma el enunciador ante su enunciado; en particular, el locutor opta por la “suspensión motivada de la aserción” (Calsamiglia / Tusón 2004: 180), con lo cual evita responsabilizarse de lo que dice. En los ejemplos (23) y (24) se emplean adverbios (*quizás*) y verbos modales (*parece que*) para rebajar el grado de responsabilidad con respecto al contenido del enunciado:

- (23)           ¿Le han realizado alguna técnica de imagen que visualice el interior de sus fosas nasales? Quizás sea la mejor manera de salir de dudas respecto al origen de la obstrucción que refiere (OS).
- (24)           Pues , además de las protusiones, parece que tiene un problema de ansiedad (OS).

Por otro lado, en algunas intervenciones el facultativo emplea la “voz empática” y recurre a algunas estrategias para entrar en sintonía con el interlocutor, planteando la interacción como si fuera un intercambio entre pares (Cordella 2004); por ejemplo, mostrándose colaborativo hacia el paciente y apoyándolo. En (25), (26) y (27) el profesional acepta la conclusión a la que había llegado el enfermo; en (28) agradece la información y las experiencias de quien escribe porque podrían servir a los otros miembros de la comunidad. En estos ejemplos se pone de manifiesto la autoafirmación del e-paciente competente (Fortuny 2012); de esta manera, se ensalza su imagen positiva, al estar reconocido por el médico como persona informada con conocimientos en el ámbito sanitario. Además, el uso de la forma de tratamiento de *tú* parece eliminar las barreras jerárquicas entre los dos interlocutores:

- (25)           *Tienes razón* es indetectable. Esto quiere decir que el límite de detección de esta técnica es de 40 copias/ml y en tí no se encuentran virus. En resumen no tienes virus en sangre (FC).

- (26) Estoy de acuerdo con Carlos: Existen una serie de medidas que puedes tomar para evitar los cuadros de acidez que refieres (OS).
- (27) *Efectivamente, esa es la causa más probable.* El tratamiento quizás prolongarlo por una semana o diez días, en función de la evolución. A ver si así conseguimos eliminar el hongo en cuestión (PM).
- (28) Bien por tu información, esto nos ayuda a todos a saber que tu situación puede repetirse en otra persona. Muchas gracias (OS).

#### 4. Conclusiones

Internet no reemplaza al médico ni mina su autoridad; de hecho, en casi todas las respuestas tanto de enfermos como de profesionales se hace referencia a la importancia de acudir al médico para un diagnóstico más fiable. Sin embargo, la Red está contribuyendo a cambiar el tipo de relación entre el lego y el facultativo. El paciente adquiere un papel activo porque está cada vez más informado, domina la terminología y los conceptos, lo que refuerza su imagen positiva. El concepto de paciente informado está vinculado, por lo tanto, al *empowerment* del mismo paciente, ya que tiene más instrumentos cognoscitivos para hacerse responsable de su propia salud; asimismo, el paciente experto puede ayudar a otros enfermos y contribuir al proceso de divulgación de temas médicos.

Sin embargo, es, sin lugar a duda, el deseo de afiliación el que sobresale en los foros; de hecho, es fundamental la relación que se establece entre los pacientes en el ciberespacio. A pesar de que estos no se conocen, instauran entre ellos un trato íntimo a través de las narraciones que proporcionan de la enfermedad. En el foro, dominan las historias de las personas frente a la aridez de la comunicación cara a cara del médico con el paciente, más centrada en los aspectos patológicos que emotivos. El lego es consciente de que el foro no es una consulta; sin embargo cuenta su historia con la esperanza de recibir algún tipo de asistencia, aunque solo sea moral.



El médico, por su parte, en el foro mantiene su autoridad y realza su imagen positiva cuando utiliza la jerga especializada y da consejos y ofrece recomendaciones. Sin embargo, rebaja su poder interaccional, al verse obligado a ser cauto en la expresión de los diagnósticos – utiliza formas modales y atenuadoras – por no disponer de todos los datos que normalmente se obtienen de una consulta cara a cara y para no incurrir en cuestiones penales.

En el futuro, para poder aprovechar las herramientas que nos ofrece Internet, es de esperar una relación entre médico y paciente menos jerárquica, que se fundamente en el diálogo y en el intercambio de conocimientos, desde la perspectiva de un enriquecimiento recíproco, en la que los sentimientos y las emociones encuentren su espacio.

## Bibliografía

- Allen, Matthew 2008. Web 2.0: An argument against convergence. *First Monday* 13/3 <http://firstmonday.org/article/view/2139/1946> [12/2/2014]
- Anesa, Patrizia / Fage-Butler, Antoinette 2015. Popularizing biomedical information on an online health forum. *Ibérica* 29, 105-128.
- Arundale, Robert 2006. Face as relational and interactional: A communication framework for research on face, facework and politeness. *Journal of Politeness Research* 2/2, 193-216.
- Bravo, Diana (1999). ¿Imagen positiva vs. imagen negativa?: pragmática social y componentes de *face*. *Oralia* 2, 155-184.
- Calvi, Maria Vittoria / Mapelli, Giovanna 2009. El prospecto de medicamento en España y en Italia. *Lingüística Española Actual* XXXI/1, 35-59.
- Calsamiglia, Helena / Tusón Valls, Amparo 2004. *Las cosas del decir*. Barcelona: Ariel.

- 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.
- De Semir, Vladimir 2015. *Decir la ciencia. Divulgación y periodismo científicode Galileo a Twitter*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- EPG Health Media 2010. *Social media in Healthcare*. <epghealthmedia.com> [10/09/2015]
- Faiella, Maria Giovanna 2015. Diabete, pazienti “confusi” da internet, false paure e miti sui farmaci, *Corriere della Sera* <[http://www.corriere.it/salute/cardiologia/15\\_novembre\\_11/diabete-pazienti-confusi-internet-4d0483fa-8884-11e5-a995-c9048b83b4c2.shtml](http://www.corriere.it/salute/cardiologia/15_novembre_11/diabete-pazienti-confusi-internet-4d0483fa-8884-11e5-a995-c9048b83b4c2.shtml)> [15/11/2015]
- Fernández García, Jorge Juan 2010. *Salud 2.0: bienvenido al carnaval de la medicina participativa* <http://sedisasigloxxi.es/spip.php?article13> [20/05/2014]
- Fisher, Sue / Todd, Alexandra D. 1986. *The social organization of doctor-patient communication*. Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Fortuny, Biel 2012. La relación medico-paciente en el siglo XXI. Visión desde el *management*. En Gelabert, Antoni 2012, 153-180.
- Gallardo, Susana 2004. Realizaciones léxico-gramaticales de la recomendación en artículos de medicina de la prensa. *RLA* 42/1, 111-135.
- Gelabert, Antoni 2012. *Comunicación medico-paciente*. Barcelona: Marge Books.
- Goffman, Erving 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Minuit.
- 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]
- Hernández Guerrero, José Antonio 2012. *¿Curan las palabras? Manual de comunicación médica y sanitaria*. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcp3j4> [10/09/2015]
- Hernández Flores, Nieves 1999. Politeness ideology in Spanish colloquial conversations: The case of advice. *Pragmatics* 9/1, 37-49.
- Hernández López, Mariola / Placencia María E. 2004. Modos de conducir las relaciones interpersonales en interacciones de atención al público: el caso de las farmacias en Sevilla y Londres. *ELUA* 18, 129-150.
- Levinson, Stephen 1983. *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 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.
- López Samaniego, Anna / Taranilla, Raquel 2012. Análisis contrastive de la formulación de recomendaciones en dos géneros jurídicos. *Ibérica* 23, 65-88.
- Mapelli, Giovanna 2004. La difusión de la terminología científica en la prensa. *Actas del II Congreso Internacional de Español para Fines Específicos CIEFE* [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/ciefe/pdf/02/cvc\\_ciefe\\_02\\_0012.pdf](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/ciefe/pdf/02/cvc_ciefe_02_0012.pdf) [10/07/2014]
- Masini, Vincenzo 2005. *Medicina narrativa. Comunicazione empatica e interazione dinamica nella relazione medico-paziente*. Milano, FrancoAngeli.
- Medina Aguerrebere, Pablo / González Pacanowski, Toni (eds.) 2012. *La comunicación médica interactiva: el desafío de Internet*. Madrid: Fragua.

- Metitieri, Fabio 2009. *Il grande inganno del Web 2.0*. Roma-Bari: Laterza.
- 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]
- Olmos-Tomasini, Carlos 2010. Los medios de comunicación y la atención médica. *Revista CONAMED* 15/1, 37-42.
- Orletti, Franca 2000. *La conversazione diseguale. Potere e interazione*. Roma: Carocci.
- Petrillo, Giovanna 2002. Relazioni asimmetriche e strategie di influenza sociale: analisi di conversazioni medico-paziente. En Orletti, Franca (ed.), *Fra conversazione e discorso*. Roma: Carocci, 99-119.
- Porroche Ballesteros, Margarita 2006. Sobre los adverbios enunciativos españoles. Caracterización, clasificación y funciones pragmáticas y discursivas fundamentales. *Revista Española de Lingüística* 35/2, 495-522.
- Ruberto, Maria Giovanna 2011. *La medicina ai tempi del web*. Milano: FrancoAngeli.
- Santoro, Eugenio 2011. *Web e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Serrano, María José 1997. Marcadores discursivos en español: acerca de la verdad y pues. *Boletín de filología Chile* XXXVI, 265-286.<<http://www.boletinfilologia.uchile.cl/index.php/BDF/articloe/viewFile/21501/22798>> [15/06/2014]
- Sommerhalder, Kathrin et al. 2009. Internet information and medical consultation: Experiences from patients' and physicians' perspectives. *Patient Education and Counseling* 77, 266-271.
- Spenser-Oatey, Helen (ed.) 2000. *Culturally Speaking. Managing Rapport through Talk across Cultures*. London: Continuum.
- Spenser-Oatey, Helen (ed.) 2008. *Culturally Speaking. Culture, Communication and Politeness*. London: Continuum.
- Yus Ramos, Francisco 2010. *Ciberpragmática 2.0. Nuevos usos del lenguaje en Internet*. Barcelona: Ariel.