Un puente entre las ciencias médicas y las humanidades: aproximación a los discursos de la salud

ADÉLA KOŤÁTKOVÁ
UNIVERSITAT JAUME I

Recibido: 07 de septiembre de 2018

Aceptado: 12 de octubre de 2018

Abstract: Researchers and scholars must overcome the division between the two cultures of the academic world, sciences and humanities, to explore interdisciplinary boundaries and to promote a productive exchange of opinions between these two areas of knowledge. In this paper we illustrate this possible contact with two disciplines that we can connect thanks to a transdisciplinary approach: linking the medical and linguistic sciences, through the bridge of discourse analysis. This perspective allows us to analyze, within health discourses, phenomena such as communication between physicians and patients, the characteristics and functions of healthcare professional communities, patient communities or the social image of diseases. For the benefit of a greater humanization of health care, the results of these works, developed in the field of higher education, should be transferred to professionals in the sector through the training processes of future graduates, as well as in professionalizing publications. They must also be transmitted to society in general through scientific dissemination.

Key words: Interdisciplinary approach, discourse analysis, discourse communities, health sciences, social image.

Resumen: Los investigadores y docentes deben superar la división entre las dos grandes culturas del mundo académico, las *ciencias* y las *humanidades*, explorar las fronteras interdisciplinarias y promover un intercambio de opiniones productivo entre estas dos áreas de conocimiento. En este artículo ilustramos este posible contacto con dos disciplinas que podemos conectar gracias a un enfoque transdisciplinario: vincular las ciencias médicas y la lingüística, mediante el puente que constituye el análisis del discurso. Esta perspectiva nos permite analizar, dentro de los discursos de la salud, fenómenos como la comunicación entre médicos y pacientes, las características y funciones de las comunidades de profesionales sanitarios, las comunidades de pacientes o la imagen social de las enfermedades. En beneficio de una mayor humanización de la atención sanitaria, los resultados de estos trabajos, desarrollados en el ámbito de la educación superior, se deben trasladar a los profesionales del sector a través de los procesos formativos de los futuros titulados, así como en las publicaciones profesionalizadoras. También se deben vehicular hacia la sociedad en general mediante la divulgación científica.

Palabras clave: Enfoque interdisciplinario, análisis del discurso, comunidades discursivas, ciencias de la salud, imagen social.

1. Las dos culturas: humanidades y ciencias¹

Cuando nos referimos a las dos grandes culturas del mundo académico, distinguimos entre las *ciencias* y las *humanidades*. Con estas etiquetas se puede dar a entender que solo una de ellas es la científica, mientras que la otra no lo es. A este prejuicio se suma el de la consideración de las humanidades como menos útiles para la sociedad, o la preferencia de los padres por las carreras científicas para los estudios de sus hijos, ya que, aparte del *prestigio* social, también se supone que pueden garantizar mejor empleabilidad y remuneración. Todo ello por cuanto respecta al ámbito externo a la Academia, aunque ni siquiera dentro de ella los prejuicios y las disputas desaparecen.

Muy frecuentemente, el comportamiento habitual de los académicos de las dos ramas ha sido trabajar de espaldas los unos a los otros, sin preocuparse demasiado por las investigaciones del otro campo. Este no es un problema exclusivo de la relación entre las dos culturas —o más bien la falta de relación entre ellas—, sino que, en general, se extiende a la compartimentación de los saberes y de los espacios donde se investiga, como las universidades. En muchos países, las universidades están distribuidas en facultades según el área de conocimiento y subdivididas en departamentos con escasa relación entre ellos. De esta manera, los expertos de las distintas áreas no se conocen entre sí ni a sus trabajos si no se trata de disciplinas próximas como, por ejemplo, la filología y la historia o la biología y la medicina, y aun en estos casos siempre o casi siempre dentro de una de las dos áreas del conocimiento.

Hace ya más de medio siglo, Charles Percy Snow, físico y novelista inglés, pronunció una conferencia en la que cuestionaba las barreras entre estas dos culturas. No podemos afirmar que a partir de aquel momento empezara a disolverse esta frontera, pero este planteamiento sí que ha encontrado numerosos seguidores. Este es el caso de “Lenguaje

¹ Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de investigación “La construcción discursiva del conflicto: territorialidad, imagen de la enfermedad e identidades de género en la literatura y en la comunicación social” (FFI2017-85227-R), del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, Gobierno de España. La autora ha recibido financiación a través del programa Grisolia (GRISOLIA/2016/055), de la Generalitat Valenciana.

y cultura de la salud”², un proyecto de investigación transdisciplinar desarrollado entre 2015 y 2018, en el cual participaron una docena de miembros procedentes tanto de las ciencias de la salud como de las ciencias del lenguaje (especialmente del análisis del discurso), sin olvidar la dimensión de los estudios antropológicos. El investigador principal del proyecto, Vicent Salvador, ilustra el mayor reto de este equipo:

Sin menoscabo de la legitimidad de esos ámbitos, que han construido sus propios marcos epistemológicos, protocolos metodológicos e incluso distintos mecanismos retóricos que les garantizan la credibilidad social como disciplinas científicas, un proyecto como este aspira a deconstruir algunas líneas fronterizas y hacer permeables ciertas membranas que las inercias han generado. (Salvador, “El proyecto ‘Lenguaje y cultura de la salud’”)

Si los profesores e investigadores de las universidades se encierran en sus departamentos y no buscan las relaciones que puede tener su trabajo con otros ámbitos de conocimiento, no podrán transferir a sus alumnos los posibles vínculos que existen ni podrán animarlos a interesarse por ellos. Esta inquietud de ir más allá de lo mío es uno de los retos actuales para la enseñanza superior y por lo tanto también de la investigación. Así pues, debemos explorar las fronteras interdisciplinares como también promover y asegurar un diálogo productivo entre las dos grandes áreas de conocimiento —los saberes humanísticos y científicos. El proyecto citado se propone contribuir a la comunicación entre las ciencias de la salud y la lingüística, mediante el puente que constituye el análisis del discurso.

Los aspectos que se han estudiado en el marco del proyecto son muy diversos: se ha estudiado, por parte de algunas profesiones consideradas tradicionalmente menores, como por ejemplo la podología, la conquista de ciertas competencias como la prescripción de medicamentos o la capacidad para realizar operaciones quirúrgicas (Macián); así mismo, la imagen social de los profesionales de la salud, a través, por ejemplo, de sus autobiografías (Salvador, “Autorrelato e identidades profesionales”; Bañón); la relación de los profesionales de la salud con sus pacientes (Montalt y García-Izquierdo); las metáforas del cáncer en noticias deportivas (Domínguez y Sapiña) o las prácticas

² Proyecto de investigación EXPLORA: “Lenguaje y cultura de la salud” (CSO2014-61928-EXP), del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, Gobierno de España.

comunicativas que rodean la muerte y el morir (Salvador, Kořátková y Clemente).

2. La comunicación entre médicos y pacientes

La medicina tal como la concebimos hoy en día —a menudo llamada científica por contraste con la tradicional, la alternativa o la complementaria— se desarrolló entre los siglos XVII y XIX (Gotti). Este tipo de medicina, basado en resultados verificables y replicables, sustituyó la tradición médica anterior, fundamentada principalmente en un enfoque en que las afirmaciones de las personalidades académicas destacadas se adoptaban sin discusión (Taavitsainen y Pahta). La fuente principal de información sobre las dolencias, hasta el siglo XIX, procedía de la comunicación entre el médico y el paciente, es decir de la narración sobre lo que afligía al enfermo y las preguntas de quienes lo curaban. Esta práctica, sin embargo, empezó a cambiar desde aquel momento y todavía no ha finalizado esa transformación de la relación entre el médico y el paciente.

Uno de los avances científicos que erosionan esta relación y favorecen el distanciamiento del profesional de la salud es, según Jinich, la invención del estetoscopio en 1816 por René Laennec. Los médicos se alejan cada vez más de los pacientes conforme necesitan menos la información verbal, puesto que disponen de numerosas máquinas que los analizan objetivamente. Pero a pesar de todos los progresos científicos para poder curar, paliar o hacer más soportables muchas de las enfermedades que antes habían sido mortales, el alejamiento entre profesionales sanitarios y pacientes a menudo conduce al descontento, al conflicto judicial o al recurso a terapias alternativas sin base científica, pero con un contacto humano más estrecho. Se reprocha a la medicina actual el ser demasiado “deshumanizada” y aparecen cada vez más voces desde todos los ámbitos —especialmente de la propia medicina— pidiendo una praxis más centrada en el enfermo y no exclusivamente en la enfermedad:

Cuando el paciente y el médico se encuentran, el paciente trae consigo un conjunto de síntomas, ideas sobre el significado de los síntomas, emociones y sentimientos causados por todo ello, ideas (conscientes e inconscientes) sobre lo que son la medicina y el médico; expectativas sobre lo que la medicina y el médico harán por él. El médico, a su vez, trae un conjunto de conocimientos sobre modelos teóricos de enfermedades, medicamentos, etc.; un conjunto de habilidades y

destrezas para percibir los síntomas y signos que el paciente le entrega; una habilidad (a veces) para percibir el componente emocional y para conocer al paciente como sistema biológico, psicológico y como parte de sistemas más comprensivos cada vez: familia, grupo social, especie humana, biosfera; la capacidad para correlacionar los síntomas y signos del paciente con el modelo teórico que posee intelectualmente; la capacidad (a veces) para captar, a la vez, lo que tiene de única esa persona que está frente a él y que es su paciente. El intercambio que ahora va a ocurrir entre los dos es, en buena parte, hecho a base de lenguaje (Jinich 122).

La propuesta de reorientar el rumbo de la medicina es clara: que vuelva aquel diálogo que proporcionaba toda la información en ciertas épocas, ahora combinado o contrastado, eso sí, con los datos de los procedimientos de la biomedicina científica. Nos encontramos que incluso los más destacados profesores de medicina suelen advertir a sus alumnos: “escuchad al paciente, él o ella os está diciendo el diagnóstico” (Greenhalgh y Hurwitz).

Mientras insistimos sobre la necesidad de recuperar aquel diálogo entre médicos y pacientes, de humanizar la medicina, podemos contribuir a tender puentes entre las ciencias y las humanidades y, más concretamente, entre la medicina y la lingüística, en nuestro caso a través del análisis de los discursos del ámbito de la salud.

3. Los discursos en el ámbito de la salud

El discurso médico forma parte de lo que tradicionalmente se denomina “discurso científico o especializado” y corresponde a un tipo de textos, mayoritariamente en forma escrita, con unas características específicas —terminología, nominalizaciones, estructuras impersonales, construcciones prefijadas, sintaxis condensada, etc.— destinadas a garantizar la eficiencia en la transmisión de la información entre los especialistas del ámbito correspondiente.

Los textos que se enmarcan dentro del discurso médico especializado se suelen caracterizar por la objetividad (tanto en el nivel informativo como en el lingüístico), la neutralidad, la impersonalidad y la remoción de sentimientos, apreciaciones y emociones del autor. En el nivel más estrictamente lingüístico, se acostumbra a destacar también la configuración textual y la sintaxis, con formas como por ejemplo la voz pasiva, las nominalizaciones, las estructuras impersonales (para evitar o reducir la aparición de las marcas de primera persona) y el uso

del lenguaje especializado (como por ejemplo la terminología) para garantizar la claridad, la precisión y la univocidad (García Negroni). Estas características, sin embargo, se cumplen en mayor o menor grado dependiendo de cada género. También podemos encontrar diferencias por el contexto en que se produce o publica el texto en cuestión. Así pues, este

[...] mite d'un llenguatge científic asèptic, unívoc, explícit, coherent, conformat i formalitzat segons les lleis de la lògica, dóna pas —ja en el decurs del pensament wittgenstanià— a la consideració d'un discurs de la ciència i, més àmpliament, d'uns *discursos de la ciència*, que inclouen una sèrie de pràctiques de comunicació verbal sense les quals el fenomen científic (és a dir, les descobertes, la transmissió entre especialistes, la divulgació als diversos nivells, la publicació social o institucional, etc.) no podria produir-se (Salvador, “La difusió social dels sabers científics” 97).

Últimamente ha tomado impulso otro concepto relacionado con el discurso médico: los *discourses in health settings*. Este término se puede emplear como un sinónimo de discurso médico, es decir, del discurso especializado usado para la comunicación entre médicos, pero también debería abarcar un terreno más amplio. Se referiría, en este segundo caso, a la praxis en el ámbito sanitario y, por lo tanto, incluiría a todos los participantes que actúan en contextos vinculados con la salud, como por ejemplo las otras profesiones sanitarias como los enfermeros, los farmacéuticos, los pacientes... Se centraría en las producciones discursivas que se originan a la hora de relacionarse entre ellos, como por ejemplo entre el paciente y el médico o, incluso, entre los pacientes mismos, ya sea en la sala de espera o en los foros de Internet. Recordemos, por lo tanto, que este discurso engloba tanto la comunicación entre profesionales como los vínculos comunicativos con el mundo no especializado.

Así pues, la ciencia como un factor imprescindible de la comunicación social contemporánea ha originado una serie de discursos que van más allá del discurso científico tradicional y, por lo tanto:

[R]esulta més productiu parlar, en plural, dels “discursos de la ciència”, és a dir, del conjunt de pràctiques discursives que avui es desenvolupen al voltant del coneixement científic i que no es limiten a la relació professional entre membres d'una especialitat, com en el cas dels articles especialitzats o les comunicacions a congressos, sinó

que inclouen un munt de gèneres com els que s'han esmentat suara. Es tracta, en efecte, d'una sèrie de (sub)gèneres discursius que s'han associat, en un grau o altre, amb el coneixement científic, que es poden definir per referència a la comunicació de la ciència i que, al seu torn, contribueixen a definir aquesta com a fenomen social (Salvador, "Discurs científic i comunicació social" 55).

Estos otros géneros discursivos también forman parte de los "discursos de la ciencia" y, a pesar de que no se incluyen dentro del discurso científico canónico o prototípico, son una base para la construcción del imaginario social sobre la ciencia. En nuestro caso, sobre las ciencias de la salud. Desde el punto de vista discursivo, la ciencia no se caracteriza sólo por el uso de ese lenguaje idealizado sino, sobre todo, por "unas prácticas sociodiscursivas múltiples y multiformes" (Salvador, "La difusión social de los saberes científicos" 97), como por ejemplo los prospectos farmacéuticos, las novelas de ciencia-ficción o los casos clínicos literaturizados, con un lenguaje más propio de la divulgación científica.

4. Comunidades discursivas y comunidades de práctica

Cuando abordamos los géneros discursivos desde el punto de vista de su construcción social, es indispensable centrar nuestra atención en quien los produce. Cada discurso especializado presenta unos rasgos que responden a las características de la *comunidad discursiva* correspondiente. Es decir, no será igual el discurso de los médicos que el de los físicos, por la sencilla razón que los producen dos comunidades discursivas distintas, con diferentes exigencias, reglas, hábitos, tradiciones, etc.

Uno de los autores que más ha contribuido a fijar este concepto, dentro de la teoría de los géneros del discurso académico, ha sido John M. Swales. Según este autor, las comunidades discursivas están formadas por grupos de personas, tanto de disciplinas académicas como simplemente de colectivos sociales, que tienen objetivos y metas comunes y utilizan la comunicación para lograrlos (1990). Swales atribuye la noción de *comunidad discursiva* al trabajo de varios teóricos del constructivismo social, como por ejemplo Herzberg:

The use of the term "discourse community" testifies to the increasingly common assumption that discourse operates within conventions defined by communities, be they academic disciplines or social groups.

The pedagogies associated with writing across the curriculum and academic English now use the notion of “discourse community” to signify a cluster of ideas: that language use in a group is a form of social behaviour, that discourse is a means of maintaining and extending the group’s knowledge and of initiating new members into the group, and that discourse is epistemic or constitutive of the group’s knowledge. (Herzberg 1, *apud* Swales 21)

Algunos autores distinguen entre comunidad discursiva (*discourse community*) y comunidad de habla (*speech community*). Hay que subrayar que el término *comunidad de habla* ha ido evolucionando en la sociolingüística y, por lo tanto, ha tenido diferentes significados que variaban según el autor. Nosotros adoptamos la definición de Hymes (51):

A speech community is defined, then, tautologically but radically, as a community sharing knowledge of rules for the conduct and interpretation of speech. Such sharing comprises knowledge of at least one form of speech, and knowledge also of its patterns of use. Both conditions are necessary.

Swales (23-24) defiende la conveniencia de esta diferenciación para distinguir una agrupación sociolingüística de una socioretórica. En la primera, los determinantes del comportamiento lingüístico son principalmente sociales. Las necesidades comunicativas del grupo, la socialización y la solidaridad grupal tienden a predominar en la configuración de sus características discursivas. En la segunda, por el contrario, los factores determinantes son sobre todo funcionales. En esta clase de comunidad, sus miembros se relacionan en función de sus objetivos, que anteceden a la socialización y a la solidaridad grupal. Una diferencia relevante entre los dos tipos de comunidades es la proximidad física. La comunidad discursiva necesita un sistema de comunicación y unos objetivos comunes, sea cual sea la distancia de sus miembros, tanto étnica como geográfica. En cambio, en una comunidad de habla se requiere la proximidad. Por otro lado, las comunidades discursivas tienden a separar a las personas en grupos según su ocupación o especialidad, mientras que las comunidades de habla tienden a integrar a los individuos en el tejido social general.

Salvador, Macián y Marín (80) formulan las condiciones para poder considerar que los individuos pertenecen a una comunidad discursiva dentro de la cual se construye una identidad grupal, colectiva

o social: a) compartir ciertos objetivos, valores éticos (o ideológicos), intereses y prácticas sociales; b) disponer de canales de comunicación adecuados; c) activar mecanismos de información y participación entre los miembros de la comunidad; d) adoptar o elaborar géneros textuales adecuados para las diferentes finalidades; e) fijar una terminología propia; f) disponer de vías y modelos de instrucción, de adquisición de habilidades discursivas y de entrenamiento práctico.

La última condición mencionada es la base de otra teoría social sobre el aprendizaje que define las *comunidades de práctica* (véase más en Wenger). Este enfoque concibe el aprendizaje como un proceso de participación social, es decir, el compromiso en la práctica social es el proceso esencial mediante el cual aprendemos y nos convertimos en quienes somos. Las comunidades de práctica se definen como

[G]roups of people who share a concern, a set of problems, or a passion about a topic, and who deepen their knowledge and expertise in this area by interacting on an ongoing basis. Engineers who design a certain kind of electronic circuit called phase-lock loops find it useful to compare designs regularly and to discuss the intricacies of their esoteric specialty. Soccer moms and dads take advantage of game times to share tips and insights about the subtle art of parenting. Artists congregate in cafés and studios to debate the merits of a new style or technique. Gang members learn to survive on the street and deal with an unfriendly world. Frontline managers running manufacturing operations get a chance to commiserate, to learn about upcoming technologies, and to foresee shifts in the winds of power (Wenger *et al.* 4).

Según la perspectiva de Wenger, las personas que forman parte de estas comunidades no tienen que compartir necesariamente el espacio de trabajo, pero se reúnen porque hallan un valor en sus interacciones. Los miembros pasan el tiempo conjuntamente, hablan de sus preocupaciones vitales, se plantean temas comunes y ello hace que acaben compartiendo conocimiento e información, que aprendan juntos o también que aprendan unos de otros. En el nivel emocional, sienten satisfacción por formar parte de un grupo así por el sentimiento de pertenencia, de encontrarse y socializarse con personas *parecidas*. Con el tiempo, se establecen ciertos modos de interactuar entre los miembros, que suelen desarrollar una opinión y una perspectiva unitaria sobre los intereses del grupo, así como un conjunto de conocimientos, prácticas y enfoques comunes. Incluso pueden llegar a desarrollar un sentido de identidad común. Visto así, la mayoría de perso-

nas forma parte de alguna comunidad de práctica, conscientemente o no.

Así pues, las comunidades de profesionales pueden ser definidas a partir de los dos conceptos, tanto desde el punto de vista que hace hincapié en los géneros discursivos (comunidad discursiva) cómo desde el enfoque del aprendizaje práctico (comunidad de práctica) (Salvador, Macián y Marín). Un reflejo de estos dos conceptos de comunidad discursiva y de práctica, que conviven y se superponen, lo podemos encontrar en la dicotomía entre las revistas especializadas con enfoque científico o académico y las profesionalizadoras (Macián 264-265).

Dentro del mundo de las ciencias de la salud, pues, los profesionales constituyen comunidades discursivas y de práctica, puesto que comparten las características descritas anteriormente. Nos podemos encontrar con diferentes comunidades o subcomunidades determinadas por la profesión —como por ejemplo médicos, enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas, psicólogos— o incluso por la especialidad —neurólogos, pediatras, cardiólogos, dermatólogos, oncólogos—, cuyos miembros comparten sistemas conceptuales, conocimientos previos de la disciplina en cuestión, roles y distribución del trabajo dentro del sistema particular de una organización, responsabilidades, códigos éticos, estatus social, hábitos de comunicación, preferencias terminológicas, etc. (Montalt y García-Izquierdo 106). Esta construcción de la identidad colectiva puede conducir a una sobreidentificación grupal que, a su vez, puede comportar un riesgo de insensibilización y desactivación de la capacidad crítica respecto a los valores compartidos por el grupo, pero que es una base para la construcción de las comunidades profesionales, tanto en términos de proyección social como de imagen interna (Macián).

5. Las comunidades de pacientes

Teniendo en cuenta el enfoque de los *discourses in health settings*, no podemos dejar al margen al grupo que, al fin y al cabo, da sentido a toda la práctica sanitaria, el de los pacientes. Las personas que sufren alguna enfermedad también pueden conformar una comunidad, ya sea mejor o peor definida. Comparten también muchas características comunes, como por ejemplo las preocupaciones sobre la enfermedad o el objetivo de curarse, de sobrevivir y de volver a la vida *normal*. También pueden llegar a desarrollar un argot propio, a menudo tomando prestado cierto léxico de los profesionales de la salud. Estas características son aún más concretas cuando se trata de pacientes de una misma

enfermedad que requiere un proceso largo y específico de tratamiento, como por ejemplo el cáncer o las enfermedades raras. Los familiares de los pacientes, sobre todo de los menores de edad, también pueden crear comunidades propias. Este tipo de comunidades de pacientes no es análogo a las de los médicos, puesto que la pertenencia al grupo tiene motivos muy diferentes de las razones de las comunidades profesionales. No se trata ni de su trabajo ni, obviamente, de ninguna afición, sino de una condición vital, de una *obligación sobrevenida*.

Un ejemplo ilustrativo de una comunidad de enfermos puede ser la unidad de cáncer infantil (Clemente), donde la frecuente interacción entre sus miembros, que viven y tratan la enfermedad conjuntamente, hace que partes de sus vidas estén entrelazadas. A medida que avanza el tratamiento, los niños, los progenitores y los profesionales de la salud se conocen mejor. Entre los enfermos —y en estos casos también entre los familiares— se pueden crear fuertes relaciones interpersonales para no sentirse solos y para formar parte de un grupo que comparte espacio, preocupaciones y objetivos. En el caso de los niños, es el sufrimiento del dolor físico, pero también la frustración de tener que estar fuera de sus casas, no poder ir a la escuela, no poder jugar fuera; en definitiva, no poder vivir la *vida normal* de un niño. Los progenitores —u otros familiares próximos— comparten la preocupación por sus hijos: si se curarán o no; cómo los tienen que apoyar; cómo actuar para que sus hijos no noten su estado de ánimo, con el fin de no ponerlos todavía más tristes; cómo conciliar el trabajo, la vida de pareja, con las frecuentes visitas al hospital. Los padres se dan consejos y recomendaciones entre ellos, puesto que cada familia está en una fase de tratamiento diferente: los hay desde los más experimentados hasta los más novatos. La lista de lo que pueden tener en común podría ser casi infinita. Aparte de las preocupaciones vitales y los temas de conversación comunes, con tantas horas de inmersión en cuestiones sanitarias, los pacientes y sus familiares se convierten en *expertos* en la enfermedad y cada vez dominan mejor los procedimientos y también el léxico médico especializado. Por lo tanto, lo que podemos esperar es que, cuando hablen, incluso entre ellos y sin la presencia de los médicos, incorporen, con diferentes intensidades y frecuencias, términos y expresiones propios de los profesionales de la salud.

Aparte de las comunidades de pacientes y de sus familiares, también existen las comunidades en red, dentro de lo que se denomina la *cibersanidad*. Muchas veces se trata de foros en Internet que Salvador (“Paraula i cultura de la salut”) califica de *salas de espera mediática*,

donde los individuos buscan a otros con los mismos síntomas, problemas, etc. A menudo son personas que todavía no han ido al médico y están considerando si lo que les sucede es normal. Los hay que sí que han ido, pero su problema no se resolvió satisfactoriamente y, por consiguiente, buscan ayuda en otro sitio:

Cada vez son más los usuarios, que ya se cuentan por miles de millones, que buscan en los consejos de los “doctores Google y Yahoo” la esperanza y la solución al problema que su médico no ha sabido proporcionarles, bien porque no existe solución o porque ni siquiera le han preguntado, por falta de tiempo o incluso por falta de credibilidad en el sistema o en sus profesionales (Sánchez Martos 89).

En las revistas médicas abundan los artículos con diferentes opiniones sobre cómo gestionar esta situación. El mayor peligro no sería el conflicto entre el médico y el paciente por no querer este seguir sus indicaciones, sino que este tipo de páginas o foros pueda provocar el autodiagnóstico y la consiguiente automedicación. Estos pacientes *informados* se convierten en un problema o reto —dependiendo del punto de vista— para los médicos, puesto que a menudo ya se han hecho una idea de la enfermedad que creen tener, de qué procedimiento se tiene que seguir para tratarla y vienen al médico esperando que siga estos pasos. Obviamente, el hecho de que los pacientes se interesen por lo que los está ocurriendo y se preocupen así por curar sus dolencias es en principio positivo. El aspecto negativo, sin embargo, aparece cuando el paciente se fía de informaciones falsas o mal articuladas o, incluso, cuando la información es correcta y muy explicada, pero el paciente la malinterpreta. Estas situaciones favorecen la aparición de prejuicios y predisponen a la desconfianza ante las instrucciones de los profesionales sanitarios (Salvador, “Paraula i cultura de la salut”).

6. La imagen social de las enfermedades

Así pues, la falta o la falsedad de la información, como también una interpretación incorrecta de la información disponible, son terreno abonado para el desarrollo de los prejuicios. Llevados al extremo, estos derivan en los estigmas sociales, tan característicos de ciertas enfermedades contagiosas —de la lepra a la tuberculosis, pasando por la sarna—, pero también de los trastornos mentales, agrupados popularmente bajo el sambenito de la *locura*. Los estigmas sociales han sido a la vez causa y consecuencia de la reclusión de estos

enfermos en los sanatorios, instituciones rodeadas por la naturaleza, pero, sobre todo, alejadas del resto de la sociedad (Kořátková). Gracias al desarrollo científico y técnico, muchos trastornos mentales antes incomprensibles son ahora curables o al menos contenibles. La mayoría de las enfermedades contagiosas se combaten con antibióticos o retrovirales y pocas representan algún peligro epidémico grave, por lo menos en las sociedades occidentales contemporáneas. Pero a pesar de ello, del mayor nivel cultural general y del esfuerzo realizado en el campo de la divulgación, los estigmas sociales ligados a ciertas enfermedades tardan en desaparecer e incluso se generan nuevos oprobios, como ocurrió en el caso del SIDA.

Así pues, estos estigmas ligados a las enfermedades nos recuerdan que la imagen social de las enfermedades no tiene por qué ser objetiva ni unívoca. De hecho, las enfermedades pueden verse desde tres ángulos o puntos de vista diferentes (Lolas). Por una parte, podemos referirnos a la enfermedad como sensación subjetiva de malestar, es decir, como vivencia personal de las dolencias propias (*illness*). Por otro lado, también podemos partir de una consideración objetivizante de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud, o sea, una enfermedad concreta diagnosticada, entendida en un nivel abstracto como objeto de estudio (*disease*). Finalmente, podemos aludir a la consideración social de la enfermedad por parte de profanos (*sickness*). Esta última es, precisamente, la que se desarrolla en el imaginario social y se relaciona con los estereotipos analizados por la sociología o la psicología social, disciplinas que se encuentran, precisamente, en la frontera entre las ciencias y las humanidades.

7. A modo de corolario

Desde el análisis del discurso, pretendemos tender un puente entre las ciencias del lenguaje y las de la salud, una vía de comunicación entre las dos grandes culturas del mundo académico: las llamadas *humanidades* y las *ciencias*. La medicina actual, con el desarrollo cultural de las sociedades contemporáneas, presenta unos retos que se pueden afrontar más eficazmente desde un enfoque transdisciplinar. En este contexto, el papel de las ciencias del lenguaje no se debe limitar a la descripción de la terminología médica o al estudio de estructuras textuales en el discurso especializado. El rol del análisis del discurso en el campo de las ciencias de la salud es, sobre todo, desvelar los resortes discursivos, los estereotipos, la retórica y los mecanismos de comunicación tanto de las comunidades profesionales como de

las comunidades de los pacientes. Además, todo este conocimiento, desarrollado en el ámbito de la educación superior, se debe trasladar a los profesionales del sector y a la sociedad en general a través de su incorporación a los procesos formativos de los futuros titulados, mediante las publicaciones profesionalizadoras y de divulgación científica, así como realizando todas las adaptaciones necesarias para su vehiculación hacia el gran público. Conseguiremos así recuperar y consolidar el puente entre las dos culturas y, al mismo tiempo, contribuir a la necesaria humanización de la atención sanitaria.

Obras citadas

- Bañón, Antonio. "Los modelos de interacción entre médico y paciente. Descripción y aplicación al contexto de las enfermedades poco frecuentes." *Oralia. Análisis del discurso oral*, 20, 2017, pp. 13-45.
- Clemente, Ignasi. *Uncertain Futures: Communication and Culture in Childhood Cancer Treatment*. Wiley-Blackwell, 2015.
- Domínguez, Martí, y Lucía Sapiña. "Cancer metaphors in sports news: the match that must be won." *Medical Discourse in Profesional, Academic and Popular Settings*, editado por Pilar Ordóñez López y Núria Edo-Marzá. Multilingual Matters, 2016, pp. 149-172.
- García Negroni, María. "Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español." *Revista Signos*, vol. 41, no. 66, 2008, pp. 9-31.
- Gotti, Maurizio. "Variations in Medical Discourse." *Medical Discourse in Profesional, Academic and Popular Settings*, editado por Pilar Ordóñez López y Núria Edo-Marzá. Multilingual Matters, 2016, pp. 9-30.
- Greenhalgh, Trisha y Brian Hurwitz. "Narrative based medicine. Why study narrative?." *British Medical Journal*, vol. 318, no. 7175, 1999, pp. 48-50.
- Hymes, Dell. *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. University of Pennsylvania Press, 1974.
- Jinich, Horacio. "Algunas notas sobre el discurso médico." *Medicina Interna de México*, vol. 2, no. 29, 2013, pp. 121-127.
- Kožátková, Adéla. "El sanatori en la novel·ística contemporània." *Mètode*, 96, 2018, pp. 85-90.
- Lolas, Fernando. *Fundamentos para una teoría de la medicina*. Niram Art, 2015.

- Macián, Cecili. *La construcción discursiva de la profesión podológica: aplicación al análisis de un corpus de revistas especializadas*. Tesis doctoral, Universitat Jaume I, 2013.
- Montalt, Vicent, e Isabel García-Izquierdo. "Exploring the link between the oral and the written in patient- doctor communication." *Medical Discourse in Profesional, Academic and Popular Settings*, editado por Pilar Ordóñez López y Núria Edo-Marzá. Multilingual Matters, 2016, pp. 103-122.
- Salvador, Vicent. "Portal: Discurs científic i comunicació social." *Anuari de l'Agrupació Borriana de Cultura: Revista de Recerca Humanística i Científica*, 11, 2000, pp. 5-11.
- . "La difusió social dels sabers científics: pràctiques i comunitats discursives." *La llengua i la literatura: història i actualitat*. Institut d'Estudis Catalans/Universitat Jaume I, 2004, pp. 97-101.
- . "Paraula i cultura de la salut: indagacions de lingüística mèdica." *Caplletra*, no. 50, 2011, pp. 89-106.
- . "Autorrelato e identidades profesionales: Sobre autobiografías de científicos y médicos." *Annali di Ca' Foscari. Serie Occidentale*, no. 49, 2015, pp. 57-74.
- . "El proyecto 'Lenguaje y cultura de la salud'." *Investigaciones actuales en Lingüística. Vol. IV: Sobre el discurso*, editado por Ana María Cestero Mancera y María Eugenia Olimpio de Oliveira Silva. Universidad de Alcalá, 2017.
- Salvador, Vicent, Adéla Kořátková, e Ignasi Clemente, editores. *Discourses at the Edges of Life: Death, Communication, and Culture*. John Benjamins, en preparació.
- Salvador, Vicent, Cecili Macián, y Maria Josep Marín. "La construcción de las profesiones sanitarias a través de las revistas especializadas". *Discurso & Sociedad*, vol 7, no. 1, 2013, pp. 73-96.
- Sánchez Martos, Jesús. "Influencia de los medios de comunicación en la salud de la población." *Comunicación y salud. Avance en modelos y estrategias de intervenció*, coordinado por Ubaldo Cuesta Cambra, Aitor Ugarte Iturrizaga y Tania Menéndez Hevia. Editorial Complutense, 2008, pp. 77-97.
- Snow, Charles Percy. *The Two Cultures*, 1959. Cambridge University Press, 2001.
- Swales, John. *Genre Analysis: English in Academic and Research Settings*. Cambridge University Press, 1990.
- Taavitsainen, Irma, y Päivi Pahta, editoras. *Medical and Scientific Writing in Late Medieval English*. Cambridge University Press, 2004.

Wenger, Étienne. *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, 1998.

Wenger, Étienne, Richard McDermott, y William Snyder. *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Harvard Business School Press, 2002.