

# **DIVULGACIÓ I COMUNICACIÓ EN LA INTERACCIÓ CLÍNICA: UNA APROXIMACIÓ DES DE LA LINGÜÍSTICA MÈDICA**

VICENT SALVADOR

MARÍA LUISA VILLANUEVA  
*Grup LingMed, Universitat Jaume I*

CECILI MACIÁN

JOSÉ V. ROIG  
*Grup LingMed, Universitat de València*

## **RESUM**

Aquest treball parteix de la noció de *didacticitat* com a mecanisme discursiu de la divulgació de coneixements especialitzats. S'hi analitza un corpus d'entrevistes clíniques, gènere on la unidireccionalitat aparent dels processos divulgatius deixa pas a unes pràctiques interactives entre els pacients i els professionals de la salut. S'obre, així, als estudiosos un àmbit d'anàlisi molt més dinàmic, on els esforços de didacticitat i d'argumentació per part del professional de la salut han de ser estudiats necessàriament en una dimensió interactiva que defineix els rols dels participants en les entrevistes clíniques (professionals, pacients, acompanyants, etc.) i els procediments de construcció de les respectives imatges personals en el procés comunicatiu que constitueixen aquests actes clínics. En aquest context, els factors emocionals assoleixen una gran importància i no poden, per tant, ser menystinguts pels estudiosos del tema.

## **1. INTRODUCCIÓ**

Aquest text parteix de la noció de *didacticitat* com a mecanisme discursiu de la divulgació de coneixements especialitzats i analitza un

corpus d'entrevistes clíniques, gènere on la unidireccionalitat aparent dels processos divulgatius deixa pas a unes pràctiques interactives entre els pacients i els professionals de la salut. S'obre així als estudiosos un espai comunicatiu molt més dinàmic, on els esforços de didacticitat i d'argumentació, per part del professional, han de ser estudiats necessàriament en una dimensió interactiva que defineix els rols dels participants en les entrevistes clíniques (professionals, pacients, acompanyants, etc.) i els procediments de construcció de les respectives imatges personals en el procés comunicatiu que constitueixen aquests actes clínics.

A partir d'un corpus de visites i entrevistes clíniques registrades en clíniques situades en localitats valencianes, investiguem diferents facetes de la interacció entre el professional de la salut (en el nostre cas, concretament, un metge cirurgià i un podòleg) i els seus respectius pacients, sovint amb incidència de mediadors (per exemple, un auxiliar sanitari o els eventuals acompanyants del pacient).

Cal dir, a més, que el nostre treball s'inscriu en una trajectòria d'equip (el grup LingMed) que ha explorat la noció de didacticitat en la comunicació social (Salvador, 2002); la incidència d'Internet en la pràctica dels actes clínics de caràcter podològic (Salvador & Macián, 2003); els mecanismes de la divulgació sociosanitària, concretament en el context català (Salvador & Macián, 2004); l'inici de la construcció de la relació clínica a partir en la primera entrevista mèdica (Salvador & Macián, en premsa) i la importància del consentiment informat en el camí cap a un paradigma de corresponsabilització (Villanueva, Salvador & Macián, 2008). En aquest text ens centrarem en la relació entre la dimensió divulgativa i l'argumentativa en el marc comunicatiu que integra els diversos aspectes de l'entrevista clínica (Borrell, 1986; Ainsword-Vaughn, 2001).

## 2. PRÀCTIQUES DIVULGADORES: LA DIDACTICITAT

En el trànsit d'un paradigma paternalista cap a un paradigma de corresponsabilitat entre els participants en l'acte clínic, l'esforç de didacticitat per part dels professionals de la salut és un factor educacional

de primer ordre i, a més, una condició *sine qua non* per a l'esmentada transformació de paradigmes. En efecte, si el pacient no és degudament informat i instruït en els aspectes mèdics que l'afecten, difícilment podrà exercir el dret a una opció i assumir algun tipus de responsabilitat en les decisions. Aquestes operacions impliquen un treball didàctic per part del professional, que ha de fer comprensibles al pacient (i/o als acompanyants eventuals) nocions dissenyades en el marc d'una comunitat discursiva especialitzada, a fi d'aconseguir integrar aquestes nocions –i les instruccions que sovint se'n desprenen– en l'horitzó de coneixements dels destinataris.

Començarem per situar adequadament el concepte de didacticitat, que va ser introduït fa uns quants anys per Moirand, Beacco i altres analistes del discurs francès en la publicació en sèrie *Els carnets de CRDISCOR* (Centre de Recherches sur la Didacticité des Discours Ordinaires) a partir del primer número, que data de 1993. Aquest concepte pretén ampliar el de la mera didàctica, que es restringiria a discursos determinats per institucions escolars o educatives com a part d'un currículum acadèmic. El nou concepte integra en la seua òrbita un segon cercle que conté una gamma més extensa de discursos amb coloració didàctica, on troben lloc, també, uns altres que no depenen de pautes institucionals d'ordre acadèmic i que no tenen necessàriament com objecte la transmissió de coneixements. Així, per exemple, opuscles de divulgació científica per al gran públic, documentals, certs reportatges de la premsa escrita que impliquen la referència a sabers especialitzats, o bé la interacció discursiva dels professionals amb els clients o pacients, com en el nostre cas. Es tracta, en aquests exemples, de textos no acadèmics ni estrictament didàctics, però que duen inscrita la figura d'uns destinataris als quals es pretén fer comprendre o ensenyar a realitzar alguna cosa que l'enunciador considera com una part d'un conjunt de coneixements ja establerts i consolidats en el si d'una determinada comunitat discursiva (Beacco, 1995).

Un dels corollaris d'aquesta noció heurística consisteix en la importància que adquireix el discurs ordinari, ja que aquest passa a ser un vehicle decisiu en la gestió dels coneixements i de la comunicació. En algunes ocasions, com per exemple, les indicacions sobre itineraris urbans que dona un habitant d'una ciutat al visitant desorientat, el discurs

pot mantenir-se íntegrament dintre dels límits d'aquest àmbit ordinari o col·loquial. En altres ocasions, com ara en la interacció clínica que ens ocupa, hi ha segurament un ús més o menys freqüent d'elements terminològics especialitzats, sovint parafrasejats, però en cap cas es prescindirà del llenguatge ordinari, que és peça clau en la interacció metge-pacient, a diferència del que sol ocórrer en el discurs didàctic estricta d'una facultat de medicina o d'una classe de biologia en l'escola, on els textos corresponents respecten moltes de les pautes del discurs acadèmic.

Per a Moirand (Charaudeau & Maingueneau eds., 2002, s. v. «Didacticité»), la didacticitat pren cos en la intersecció de tres tipus de factors: a) situació asimètrica, on un dels interlocutors posseeix un saber o un saber fer que l'altre o els altres no semblen posseir; b) intenció de compartir aquests sabers; c) petjades textuals de procediments verbals (i també extraverbals, com ara la gestualitat o la kinèsica) que vehiculen la didacticitat, com per exemple la reformulació, l'exemplificació, la metàfora o comparança amb funció il·lustrativa, etc. La didacticitat s'instaura, doncs, en un discurs donat mitjançant la conjugació d'aquests tres tipus de factors situacionals, funcionals i formals.

En la interacció clínica trobem els tres ordres de factors. Per una banda, hi ha una posició asimètrica de les dues parts, ja que un dels interlocutors posseeix un saber o un saber fer que l'altre interlocutor no controla. En segon lloc, hi ha, pel que fa al professional de la salut, el propòsit d'instruir en coneixements i procediments amb vista a la curació o la pal·liació dels problemes sanitaris –i, per part dels pacients, es dona per descomptat que hi ha el de cooperar en aquesta operació. Trobem així mateix, en tercer lloc, la utilització de mecanismes lingüístics que faciliten la instrucció i l'ensinistament.

### 3. ARGUMENTACIÓ I INTERACCIÓ COMUNICATIVA

Ara bé, la interacció clínica comporta, endemés, altres factors sense els quals la mera didacticitat no seria eficient. En primer lloc, ha d'establir-se, entre les dues parts implicades, una certa empatia que garanteixi la cooperació necessària per a l'èxit de la seqüència d'actes

clínic que constitueix un tractament. Això significa que ha d'establir-s'hi una confiança mútua. Així doncs, el pacient haurà de considerar el professional com a savi, expert i honest, a més de respectuós, i acceptar la utilitat dels seus consells, per a la qual cosa el metge haurà de ser capaç de construir un *ethos* o imatge de si mateix suficientment fiable (Maingueneau, 2002). En contrapartida, el professional ha d'assegurar-se de la fiabilitat del pacient quant a la seua bona disposició per a la curació o la millora del mal, sense distorsions degudes a mala fe, desconfiança, ignorància, vergonyes o pors. Vèncer tota aquesta sèrie de barreres és un dels reptes més importants del professional al llarg de la interacció, ja que en bona mesura en depèn, d'això, la disposició interna que possibilita, entre altres factors, l'èxit o el fracàs del tractament. Direm de passada que en un altre treball del nostre equip (Salvador & Macián, 2004) examinàvem com determinades pàgines web dedicades al tractament de la sarna començaven desculpabilitzant els seus potencials usuaris, tot negant la relació entre la sarna i un defecte social com és la falta d'higiene.

Doncs bé, en l'establiment d'aquesta relació empàtica, té un lloc central l'argumentativitat, mitjançant la qual el metge raonarà la base científica i experiencial dels seus diagnòstics i pronòstics, el càlcul dels riscos i avantatges de la teràpia proposada i, en general, la idoneïtat relativa dels seus consells professionals. En aquest raonament serà també un element imprescindible el cost personal i econòmic de les decisions que s'han de prendre de manera consensuada, amb responsabilitat compartida. En aquest procés, el pacient no és un participant passiu, sinó que pren part activa en la interacció argumentativa, la qual no apunta només a la convicció sinó a la persuasió eficaç que condueix a una presa de decisions en cada cas singular. La persuasió, d'aquesta manera, és el resultat d'una negociació a dues bandes, on cada part està dotada d'un cert poder d'incidir en el consens final, quan aquest acaba produint-se en un acte clínic o en la seqüència d'actes que constitueix el tractament.

Una qüestió d'ordre teòric que es planteja és la de la relació entre la didacticitat i l'argumentativitat en les entrevistes clíniques, sobretot si tenim en compte el fet que la didacticitat comporta un desequilibri de nivell entre les parts involucrades en la interacció, mentre que la interacció

argumentativa implica que els participants es troben, en principi, en un pla d'igualtat per a argumentar i contraargumentar. Per a nosaltres, la didacticitat serà, com s'il·lustrarà tot seguit, un mecanisme unidireccional i asimètric que constitueix l'aportació racional del professional de la salut com a especialista en uns sabers i en unes tècniques terapèutiques o profilàctiques. El paper de la didacticitat és fonamental en la pràctica d'una retòrica de la persuasió. Es tracta, doncs, d'una de les bases de l'argumentació del metge, però no l'única, ja que ha d'acompanyar-se de la generació d'una empatia recíproca. L'argumentativitat, per tant, té un caràcter irrenunciament interactiu i ocupa un espai més ampli que el de la didacticitat: diríem que incorpora aquesta dimensió de didacticitat com una faceta del conjunt, consistent en un procés de cooperació interpersonal i de corresponsabilitat.

#### 4. MOSTRES ANALÍTIQUES

Examinarem ara una sèrie d'exemples empírics que ens permetran mostrar el funcionament d'aquests procediments a partir d'un corpus extret de casos d'interacció clínica entre un podòleg i un cirurgià amb els seus pacients en les respectives consultes.

En l'exemple (1), de la consulta podològica, podem observar un cas típic d'explicació per part del professional, el qual s'adreça a la pacient per demanar confirmació de les dades que li permetran elaborar una hipòtesi de diagnòstic, alhora que intenta fer comprendre a aquesta, mitjançant parafrasis i comentaris col·loquials, el procés de la lesió. Podem observar aquí el procés de deliberació del podòleg, pel seu discurs lent i meditatiu, que se superposa en el temps a les tasques d'exploració que va practicant sobre la pacient:

(1)

PO: ¿se te quedó hematoma dentro?

P: no

PO: ennegrecid- / la uña negra / con =no no= se te quedó limpio // sabes qué pasa? / que los traumatismos en las uñas / al cabo del tiempo / cuando ha habido un estímulo de golpe / como el

que has tenido // un traumatismo / el periostio // la capita / la membranita / que recubre el hueso // la falange distal / lo último // tiene un estímulo externo muy potente // y entonces al paso del tiempo / es cuando / de ese pequeñito estímulo se ha ido haciendo / calcificación calcificación // puede ser que me estés hablando de una exóstosis // porque lo que no es normal / es que tengas un traumatismo y la uña la recuperes bien // pegadita en el lecho / la tuviste bien? ¿sanita?

(Entr. P-7: 03:15- 03:57)

Prenguem ara, en el text (2), la interacció del cirurgià, que està avaluant els resultats d'una ressonància, amb el pacient i un familiar acompanyant d'aquest. Aquí l'acompanyant intervé en la relació clínica, i fa de portaveu de les qüestions plantejades, a les quals el cirurgià respon explicant amb senzillesa com serà el procés operatori que pensa realitzar i les conseqüències beneficioses que produirà. Parem esment a l'esforç del cirurgià per utilitzar la llengua dels pacients, en la qual té menys destresa acadèmica, cosa que el duu a utilitzar un col·loquialisme com «budell gros» per a denominar l'intestí gros.

(2)

CI: lo que diu / que / que li veuen // és / és per la fistula eixa que té de la / de la inflamació // el fetge i tal està perfectament / lo que interessa vore / la part de baix

AC: i això quan l'operarà // la fistula eixa li la llevarà =mmm= això no es lleva?

CI: no / això no se pot llevar / lo que li llevarem és la bolseta que té a la dreta / i li la posarem a l'esquerra / en lo qual la digestió la farà millor // perquè passarà per tot el budell // gros / perquè ara no passa / ara se queda en el budell prim / i no acaba de fer la digestió bé

(Entr. C-1: 02:55 – 03: 35)

Cal dir, a més, que en la interacció els canvis de codi (espanyol / català) són un fenomen conversacional rellevant, sobretot en la mesura que una de les llengües del context on es produeixen aquestes entrevistes,

l'espanyol, té una funció social de prestigi palès, mentre que l'ús de l'altra, la varietat local i col·loquial del català, pot afavorir, en canvi, la confiança (prestigi encobert) i fins i tot la comprensibilitat del discurs de l'especialista, ja que aquest fa un esforç de col·loquialització del seu discurs. La didacticitat s'alia aquí amb la cerca d'una relació més empàtica amb els pacients catalanoparlants, un acostament que afecta aspectes comunicatius més amplis que la divulgació dels coneixements.

Un altre aspecte que cal tenir en compte en l'establiment d'aquesta relació és el tacte en el tractament de qüestions que els pacients poden considerar íntimes en un grau o altre, marcades per diversos tipus de tabú. I no hem d'oblidar que, en algunes d'aquestes ocasions, la presència de terceres persones (un acompanyant o l'auxiliar de clínica) pot fer més delicada la verbalització dels aspectes corresponents. Pel que fa a l'exemple (3), podem observar la situació molesta que es crea en parlar sobre la higiene de l'adolescent davant d'un acompanyant, que en aquest cas és la seua mare. El podòleg s'afanya a eliminar tot vestigi de culpabilització, al mateix temps que estableix una certa complicitat amb la mare-acompanyant per mitjà d'expressions vagues que solen tenir caràcter eufemístic. Més enllà del contingut racional de l'explicació, podem observar els mecanismes retòrics pels quals s'intenta establir o mantenir l'empatia, tant amb la pacient com amb l'acompanyant, que és una autèntica *mediadora* de tota la interacció.

(3)

A: i això de què s'agarrà / això?

PO: això és un virus / virus del papiloma humano número dos // un virus que hi ha en les piscines / en el gimnàs

A: reina / és que ho agarrà ella tot

PO: això no té importància / hi ha que fer-li / pues això / una formuleta per a que no li suen tant els peus / que li suen molt// perquè açò / el seu contagi es facilita molt per per la hiperhidrosis / per la suor del peu / i anar controlant / i un seguiment / perquè clar / està en una edat on el canvi hormonal / l'excés de suor / el / tot això propicia molt l'aparició de la malaltia

(Entr P-1: 07: 25 – 08:05)

Altres vegades és l'humor, l'intent de propiciar el riure o el somriure, allò que permet dissoldre les potencials tensions que deriven dels aspectes íntims tractats en la consulta. En el cas de (4), es tracta de les hemorroides i la incidència de la menstruació en l'activació o la irritació d'aquestes. Aquí és el cirurgià qui fa broma, però la mateixa pacient, al llarg de l'entrevista, recorre també a l'estratègia de l'humor que li permet més comoditat en la interacció. El tractament humorístic de temes com aquest permet superar més fàcilment el tabú i mantenir la bona imatge dels interlocutors: el professional rebaixa així la importància del tema, el naturalitza com a assumpte objecte de la conversa i estableix un grau de complicitat amb el pacient, mentre que aquest pot fer gala d'una certa autoironia que l'ajuda a presentar una autoimatge desimbolta i empàtica. Així, si en el cas (3), el factor predominant era l'eufemisme deferent amb la pacient i la connivència paternalista entre el podòleg i la mare-acompanyant, en el fragment (4) la complicitat es basa en l'humor, en l'exorcització del tabú per mitjà de la broma compartida.

(4)

CI: de la regla =por lo que sea= la pelvis / todos los órganos de la pelvis / se / se congestionan más / les llega más sangre

PA: es dolor / un dolor que me llega para alante y todo / es que no es normal / como muerden tanto

CI: [risas] cómo que como muerden? / no lo había oído nunca esto

PA: no? / yo digo oy qué bocao me pega / es que las personas mayores / mi madre dice ayyyy/ cómo muerde cómo muerde cómo muerde

(Entr. C-2: 01:55-02:20)

Ara bé, voldríem aprofitar aquest exemple per a presentar un aspecte menys secundari del que sembla per a l'examen de la didacticitat mèdica. Ens referim a l'esforç que sovint han de fer els pacients per a explicar al professional la seua experiència pròpia del dolor i dels símptomes de la malaltia. Per descomptat, el flux principal de la didacticitat opera en el sentit invers, però no hauríem de menystenir aquest

aspecte interactiu que ens fa matisar el concepte d'unidireccionalitat de la gestió dels coneixements. En efecte, l'expressió discursiva del dolor propi per part del pacient és no sols útil sinó que sovint és fins i tot imprescindible per al diagnòstic. Però, en tot cas, es tracta d'un dret del pacient, d'un principi de teràpia que el fa sentir-se escoltat i atès, considerat com a persona activa en el procés clínic i, per tant, exerceix una funció comunicativa rellevant, més enllà de la seua utilitat per al diagnòstic.

El cas que presentem a l'exemple (5) exigiria l'examen d'un text molt més ampli a fi d'adonar-nos dels mecanismes de persuasió utilitzats pel professional, que aquí correspon al consell podològic d'intervenir per mitjà d'una pràctica de cirurgia menor. En presentarem uns fragments especialment il·lustratius. Podem observar així com l'intent de persuasió es va textualitzant al llarg de diferents intervencions, i es retroalimenta en les reflexions i preguntes de la pacient. Tot això –ho hem d'anotar– es produeix en el marc d'un procés de negociació que no conclourà en aquesta visita, sinó que quedarà obert a la deliberació i la decisió final de la pacient.

(5)

PO: ahora ya lo sabe / que la solución es operar / es de ahí esto por / por un agujerito / un agujerito

PA: se lima el hueso? / se lima algooo?/ cómo funciona / es que una oye tantas cosas

PO: éxito rotundo eh / queda muy bien / eso se lo digo yo

PA: pero hay que estar en cama? / reposo y tal?

PO: pues hombre los primeros / días a nadie le gusta que le hayan tocado / y tendrá un poquito de dolor

.....

PO: el callito / lo voy a explicar y me entenderás enseguida

PA: será por sobrepeso también / es que estoy gorda también / verdad?

PO: no / Marisa no / mira / este callito / que es un núcleo de tejido que yo ahora te quitaré / de / de tejido / de piel / eso se va acumulando ahí / y es lo que nosotros llamamos hiperqueratosis / y vosotros le llamáis dureza / esa dureza cuando se acumula

acumula acumula / es cuando se hace el ojo de pollo que decís vosotros / que va entrando y va partiendo el tejido / por eso duele tanto / por qué se hace dureza? porque la piel se protege

...

PO: solución / tu ya sabes que esto volverá a salir aunque yo te lo quite / cuando tengas tiempo y puedas hacértelo / te haces una placa / y yo sobre la placa / pues mira Marisa te hago esto o lo otro / vale tanto o vale cuanto

...

PA: y esto de la operación cómo sería? / en el hospital?

PO: no / o aquí / o yo os bajo a la clínica universitaria

PA: con anestesia y todo no?

(Entr. P-5 : 03.24-08.30)

Podem observar, al llarg dels fragments que componen l'exemple (5), l'oferiment de garanties per part del podòleg («éxito rotundo eh / queda muy bien / eso se lo digo yo»), que compromet amb aquesta garantia la seua imatge professional. L'explicació detallada de l'etiologia de l'anomalia i els seus efectes també coadjuva a l'estratègia persuasiva. D'altra banda, aquesta explicació és precedida per un recurs discursiu típicament didàctic, un exemple de *diafonia* o evocació de la paraula de l'interlocutor (Roulet et al, 1985: 70): «por qué se hace dureza? Porque...». La curiositat de la pacient es desperta, però el professional posposa la decisió, sense exercir pressions innecessàries. En altres exemples similars del nostre corpus, es tractava de decidir si una intervenció quirúrgica requerirà pernoctar a l'hospital o no, i mentre que el cirurgià considerava més prudent la primera opció, basant-se en el coneixement d'altres casos («desde nuestra experiencia»), la pacient preferia optar per tornar a casa i assumir el risc de les eventuais complicacions.

En l'exemple següent, el (6), un cas molt greu de càncer de còlon, la didacticitat del cirurgià es veu enterbolida per la retòrica necessària per a donar males notícies des de l'esperança i la compassió cap a un jove pacient acompanyat per la seua mare.

(6)

AC: [planys]

CI: pues claro / pero no / no / no / no / no hagan un drama / hoy en día / los / los tumores/ son una enfermedad/ que / es como una enfermedad crónica / no es como antes eh / no es ninguna cosa buena evidentemente / tu ya lo sabes no? / no / no te voy a engañar /pero hoy en día / esto / se trata / si no hay afectación de más órganos / que no / que probablemente no lo haya / sin duda hay que hacer una serie de pruebas /para centrar los (daños) y entonces actuar / y hay cantidad de recursos y de cosas que se pueden hacer.

(Entr. C-3: 04:58 – 05:45)

Els esforços del metge amb prou feines poden pal·liar el dolor expressat per la mare (i menys explicitat per part del pacient) davant l'evidència de l'extrema gravetat del procés. El cirurgià recorre a l'eufemisme (la litote atenuadora «no es ninguna cosa buena» o, en altres fragments no reproduïts ara, la referència a la «lesión» en lloc de «tumor canceroso»), aprofita els clixés més difosos en la *doxa* comuna sobre els avanços de la ciència mèdica i la necessitat de mantenir l'esperança viva («hoy en día... no es como antes»; «no te voy a engañar pero...»; «hay cantidad de recursos...»).

## 5. CONCLUSIONS

El nostre treball ha presentat una complexa interfície entre divulgació i argumentació en el marc de la comunicació clínica. D'un costat, hi ha la didacticitat del discurs divulgatiu, del discurs dels metges als pacients, que té més amplitud i flexibilitat que la didàctica estricta de caràcter acadèmic i que convoca els recursos del llenguatge ordinari. De l'altre costat, hi ha els mecanismes argumentatius que apunten a la persuasió i que no han de veure's deslligats d'un fenomen global comunicatiu que, com hem vist, té una forta dimensió de *pathos* (Amossy, 2006: cap. 6). En el cas de la interacció clínica, les emocions són un

element cabdal, indestriable de la circulació de coneixements i de l'argumentació merament racional.

Podem dir que els exercicis de didacticitat del professional són, en bona mesura, unidireccionals, però sense oblidar que en la interacció sanitària els pacients han de fer de vegades esforços expressius per a comunicar al metge la seua experiència interna del dolor i de la malaltia. D'altra banda, aquesta didacticitat dels professionals, absolutament imprescindible en la via cap a un nou paradigma de la corresponsabilització, s'insereix en l'àmbit dels mecanismes argumentatius o retòrics, que són essencialment interactius i corresponen a una dimensió persuasiva i negociadora, entre parts que mantenen una relació de certa simetria i que, per damunt dels coneixements i dels continguts racionals, posen en joc tota la resta de potències pròpies dels éssers humans. La comunicació interpersonal en l'àmbit de la salut és un vast univers amb fortes implicacions emocionals. Les diverses estratègies discursives que s'hi activen –l'esforç de didacticitat, l'eufemisme, l'humor, el canvi de codi lingüístic, la construcció i presentació de les identitats dels intervinents, l'argumentació respectuosa o les maniobres que afavoreixen les preses de decisions corresponsables– són ingredients d'un flux comunicatiu, travessat contínuament pel *pathos*, que no és de cap manera aliè als objectius de la medicina com a pràctica social. Més aviat, contra la inèrcia tecnologista de certes concepcions mèdiques, per a nosaltres aquesta complexa dimensió comunicativa que integra la divulgació, l'argumentació i la constitució d'una relació empàtica, constitueix un aspecte fonamental dels actes clínics i, en un sentit molt essencial, és una de les condicions d'èxit de l'exercici de la medicina i de la praxi sanitària en la nostra societat.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AINSWORD-VAUGHN, N. (2001): «The discourse of medical encounters», en SCHIFFRIN, D. et al. (eds.) (2001): *The Handbook of Discourse Analysis*, Blackwell, Londres, pp. 453-469.
- AMOSSY, R. (2006): *L'argumentation dans le discours*, Armand Colin, París.
- BEACCO, J. C. i S. MOIRAND (1995): «Les enjeux des discours specialises», *Les carnets du CEDISCORS*, 3.
- BORRELL, F. (1986): *Manual de entrevista clínica*, Harcourt-Brace, Madrid.
- CHARAUDEAU, P. i D. MAINGUENEAU (2002): *Dictionnaire d'analyse du discours*, Seuil, París.
- MAINGUENEAU, D. (2002): «Problèmes d'ethos», *Pratiques*, 113/114, pp. 55-68.
- ROULET, E., et al. (1985): *L'articulation du discours en français contemporain*, Peter Lang, Berna.
- SALVADOR, V. (2002): «Discurso periodístico y gestión social de los conocimientos: algunas observaciones sobre la didacticidad», *Anàlisi*, 28, UAB, Barcelona.
- i C. MACIÁN (2003): «El discurso de la podología en Internet- Anàlisi de estrategias de gestión social de los conocimientos a partir de un corpus plurilingüe», en PIQUÉ-ANGORDANS, J. et al. (2003): *Internet in Language for Specific Purposes and Foreign Language Teaching*, Publicacions de la Universitat Jaume I, Castelló de la Plana.
- (2005): «Estratègies de la divulgació sociosanitària: aplicació a l'anàlisi d'un glossari sobre la SIDA», en CARRIÓ, M. L. (ed.) (2005): *Perspectives Interdisciplinaries de la Lingüística Aplicada*, AESLA-UPV, València.
- (en premsa): «Primera toma de contacto entre paciente y profesional de la salud: rituales de interacción y estrategias discursivas», *II Encontro Internacional do Interaccionismo Sociodiscursivo*, Lisboa, octubre de 2007.
- VILLANUEVA, M. L., V. SALVADOR i C. MACIÁN (2008): «El consentimiento informado: autonomía del paciente y ética de la comunicación», M. A. CAMPOS i A. GÓMEZ (eds.), *In memoriam of Enrique Alcaraz, Proceedings of the 1st Internacional Conference on Language and Health Care*, Alacant [publicació en CDROM].