
VICENT SALVADOR

PARAULA I CULTURA DE LA
SALUT: INDAGACIONS DE
LINGÜÍSTICA MÈDICA

Et respondens centurio, ait: Domine, non sum dignus ut intres sub tectum meum: sed tantum dic verbo, et sanabitur puer meus. (Mateu, 8, 8)

La exigència de la llengua a los mèdicos provoca una queja sin precedentes. (...) Entre los asistentes se podía ver una bandera de España y una de Baleares, así como carteles con leyendas como «con la lengua no se cura». (*El Mundo*, 2 d'abril de 2009)

La Sección de Médicos de Hospital hace un llamamiento a la población en general «para que defienda su derecho a una asistencia de calidad, que no tenga otros condicionantes que los que están recogidos en las leyes vigentes». (*Diario de Mallorca*, 7 d'Abril de 2009)

INTRODUCCIÓ

Les citacions que encapçalen aquest article són il·lustratives de dues actituds radicalment oposades: la que creu en el valor taumatúrgic de la paraula pel que fa a la salut –la paraula pot guarir per ella mateixa– i la que nega a la llengua qualsevol pertinència en la praxi sanitària.

Pel que fa a la primera postura, direm que la curació per la paraula és una creença molt antiga, visible en els mites òrfics o en l'Evangeli, i que pertany a l'imaginari col·lectiu d'una llarga tradició cultural. Sense entrar ara en els aspectes màgics de les funcions guaridores, cal reconèixer que les diverses pràctiques pròpies de les ciències de la salut, articulades al voltant de l'acte clínic, reserven un lloc rellevant a l'activitat verbal, si més no com a coadjuvant de primera magnitud.

Per als sustentadors de la segona postura, com veiem en els eslògans de les manifestacions de professionals de la salut a Mallorca contra el requisit lingüístic, la qualitat dels serveis sanitaris és independent de l'activitat verbal. Òbviament, hi ha, amagat al darrere, un prejudici sociolingüístic decisiu: amb l'espanyol n'hi ha prou, i la resta de les llengües de l'estat no són més que un entrebanc irracional contra la lliure circulació del personal sanitari pel territori espanyol. Però, fins i tot acceptant que aquest prejudici espanyolista no gens innocent contribueix a fer entendre els motius de la simplicitat dels eslògans, la cosa va més enllà: hi ha una ignorància o un menyspreu de la incidència que té l'activitat verbal en general, i fins i tot el conjunt dels factors de la comunicació, en l'èxit dels actes clínics i en el desenvolupament d'una sanitat de qualitat. Perquè la consciència de la importància del llenguatge i de la comunicació en la interacció sanitària duria inevitablement a plantejar-se quines poden ser les barreres que deterioreni aquesta comunicació en un marc social plurilingüe —que no es limita a l'afer de les llengües autonòmiques, per cert, sinó que abasta, a més, els problemes comunicatius derivat de la pluralitat d'idiomes dels contingents d'immigrants incorporats a la nostra societat.

En canvi, des d'aquest menysteniment interessat se simplifica la qüestió de la *qualitat* a aspectes com són l'aplicació de la radiologia, la cirurgia, la farmacopea o alguns altres vesants que han construït el mite de la superioritat tecnològica de la medicina actual, amb els seus indubtables avanços, però amb greu perill d'abocar a una despersonalització i un automatisme que poden fer ressentir-se altres dimensions cabdals de l'efectivitat mèdica i sanitària en general. I no es tracta només del factor emocional, que té una incidència indiscutible en l'èxit dels tractaments, sinó de qüestions més elementals i observables, de tipus rònegament cognitiu, com és l'eficàcia de la transmissió d'informacions entre els participants en la comunicació mèdica.

De fet, la paraula és un mitjà decisiu de comunicació entre els humans, i té un paper rellevant en el cas de la sanitat per vies molt diverses: la divulgació dels coneixements especialitzats i l'educació per a la salut; la interacció conversacional metge/pacient en les entrevistes clíniques; l'ús de les diverses llengües del nostre entorn en les pràctiques sanitàries; les estratègies discursives que pal·lien l'efecte emocional de les males notícies mèdiques; l'humor com a dissolvent de tensions freqüents en l'acte clínic (pors, vergonyes, distanciament entre el professional i el pacient); o bé la verbalització de l'experiència subjectiva del dolor i la malaltia.

Tot aquest bloc d'àrees, en què la vessant sanitària i la verbal se sobreposen i sovint es retroalimenten, excedeix els límits epistemològics i metodològics de cada un dels dos blocs disciplinaris i exigeix una consideració conjunta de caràcter transversal. En l'àmbit català, autors com Josep Lluís Barona o Josep Bernabeu des de la història de la medicina, Ignasi Clemente des de l'antropologia, i Sebastià Serrano o Amadeu Viana des de la lingüística, han apostat per aquesta transversalitat. El contingut del

present article vol avançar en aquesta línia d'indagació des del punt de partida d'un lingüista involucrat en l'anàlisi del discurs mèdic, sobre la base d'una sèrie de treballs engegats amb la col·laboració d'altres membres de l'equip multidisciplinari LingMed, interessats a fomentar els instruments que permeten desenvolupar una autèntica *cultura de la salut* en la nostra societat. Naturalment, els aspectes tractats ací seran només una mostra del conjunt d'assumpes d'aquest repertori temàtic d'interès, una mostra que es redueix pràcticament a dos apartats: les peculiaritats de la divulgació sanitària com a esforç de didacticitat i els mecanismes de la interacció discursiva entre els pacients i els professionals de la salut.

LA DIVULGACIÓ DE CONEIXEMENTS EN L'ÀMBIT DE LA SALUT

Sens dubte, la divulgació dels coneixements especialitzats té un paper cabdal en el conjunt dels discursos orals o escrits, com ara informacions epidemiològiques de tipus preventiu, consells de planificació familiar, prospectes dels productes farmacèutics, informacions periodístiques sobre avanços de tecnologia mèdica...

Avui sabem que aquestes pràctiques divulgatives no consisteixen en una mera difusió d'informacions reformulades en llenguatge assequible, sinó que es realitzen gràcies a operacions de reelaboració i recontextualització que estableixen una autèntica negociació dels significats de la terminologia i de la imatge social dels especialistes (Cassany *et al.* 2000, Salvador 2002, Ciapuscio en premsa). Les parafrasis metafòriques o les exemplificacions entren en joc dialèctic amb la terminologia especialitzada, mentre que la imatge del metge o altres professionals sanitaris es projecta allargassada, oscil·lant entre la figura de l'expert llunyà i la del conseller afable que persuadeix i educa, amb una dimensió humana que a vegades recorda el valor taumatúrgic de la paraula.

En tot cas, la divulgació dels coneixements sanitaris ha de cobrir el diferencial cognitiu existent entre els professionals i el públic destinatari de l'exercici divulgador. En això consisteix la dimensió que podem anomenar *didacticitat*, un concepte més ampli que el de la mera didàctica.

El concepte va ser introduït fa uns anys per Sophie Moirand, Jean-Claude Beacco i altres analistes del discurs francesos en la publicació en sèrie *Les carnets de CEDISCOR* (Centre de Recherches sur la Didacticité des Discours Ordinaires) i pretén ampliar el de la didàctica estricta, que, des d'aquest plantejament, es restringiria a discursos determinats per institucions educatives en el marc 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*. Així, per exemple, textos de divulgació de tota mena, reportatges periodístics sobre temes que impliquen descobriments científics o tecnològics o la interacció metge / pacient. En tots aquests casos es tracta de discursos

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.

D'acord amb Moirand (Charaudeau & Maingueneau eds. 2002: s. v. "Didacticité"), la didacticitat se situa en un camp de forces de tres vectors. En primer lloc, els factors situacionals: situació asimètrica, on un dels interlocutors posseeix un *saber* o un *saber fer* que l'altre o els altres no semblen posseir. En segon lloc hi ha els factors funcionals: la intenció de compartir aquests sabers. Finalment ens trobem els factors de tipus formal: les marques textuais de procediments verbals (i també no verbals) que vehiculen la didacticitat i intenten fer més assequible el discurs, com ara la reformulació, l'exemplificació, les comparances il·lustradores, etc. Els tres tipus de factors esmentats es troben en l'àmbit de la relació dels professionals de la salut amb els pacients o en l'àmbit de campanyes de divulgació sanitària de tota mena.

La barrera més rellevant en aquests casos sol ser la de la terminologia, en la mesura que aquesta és pròpia d'una *comunitat discursiva* d'especialistes, i els significats que vehicula han de ser negociats amb cercles socials aliens a la comunitat de referència. Els recursos d'aquesta negociació de significats són diversos: glossaris que contenen els termes i les seues definicions, paràfrasis o incisos amb valor d'aclariment, sinònims o bé il·lustracions gràfiques o audiovisuals (contribució d'altres semiòtiques com ara la de la imatge, en una perspectiva multimodal), etc.

Una de les estratègies més evidents d'aquesta negociació del significat és la definició, que també és freqüent en el discurs acadèmic. Ara bé, en el cas dels discursos divulgatius, les operacions de definició han de fer el seu *definiens* molt més explícit que el *definiendum*, si es vol incrementar la seua intel·ligibilitat. Al capdavall, la definició és una presumpció d'ignorància que es projecta sobre l'interlocutor o l'auditori però que es justifica en contextos de didacticitat com són els de tota mena de divulgació sanitària. Lògicament, quan la definició d'un terme especialitzat conté en el seu *definiens* altres termes opacs per al lector mitjà, la seua eficàcia comunicativa es veurà força restringida.

D'altra banda, les definicions no poden aspirar generalment a l'exhaustivitat, sinó tan sols a una reformulació dels aspectes pertinents en un context situacional donat, i en el cas de la divulgació sanitària aquest context serà caracteritzat per l'*horitzó d'expectatives* que es pressuposa en els destinataris buscats pel divulgador. Aquest horitzó d'expectatives —el terme el prenem de la teoria de la recepció, degudament adaptat al cas i desproveït de les associacions amb processos històrics— es modela sobre dos conjunts de paràmetres: els de tipus cognitiu (coneixements previs i grau d'ampliació convenient d'aquests coneixements) i també de tipus funcional (a quines necessitats pràctiques ha de subvenir aquesta ampliació de coneixements).

Els paràmetres del primer tipus corresponen a factors com ara l'edat, la formació cultural, l'origen geogràfic (espanyols, magrebins, centreeuropeus...) i lingüístics (competències i aptituds en la llengua que fa de vehicle de la divulgació). És obvi que el divulgador haurà d'acomodar el seu text, des del punt de vista cognitiu, al retrat robot dels destinataris als quals pretén arribar, ja que un desajustament palès pot entrebancar de manera seriosa el procés (per exemple, parlar a persones adultes com si fossen infants o pressuposar una ignorància dels avantatges de la higiene en immigrants procedents de països amb una tradició cultural d'arrels prestigioses, com és la de l'Islam).

Pel que fa als paràmetres de tipus funcional, caldrà situar sobretot el gènere discursiu de què es tracte en cada cas. Així, gèneres com són els prospectes de medicaments o les instruccions de tractament d'una malaltia, que són de caràcter fortament *procedimental*, hauran de ser molt econòmics en definicions (sobretot les de nocions de caràcter abstracte) i molt precisos en la identificació de dosis, moments i freqüència de l'aplicació, símptomes d'eventuals reaccions negatives, etc. En canvi, altres gèneres divulgatius que persegueixen especialment la conscienciació dels receptors (per exemple, campanyes antidroga) permetran una proporció més alta de definicions, però sobretot hauran d'incidir en la dimensió imaginativa (metàfores o exemplificacions testimonials que permeten fer present una eventualitat futura) i en la persuasiva (dissuadir de determinats comportaments perillosos).

Per un altre costat, caldrà tenir en compte que la dimensió persuasiva apareix sovint en discursos divulgatius de caràcter sanitari aparentment informatius, ja que els problemes de salut solen afectar fibres emotives dels individus, vergonyes, resistències consuetudinàries, etc., que no poden ser desateses en una divulgació eficaç, fins i tot si no és pròpiament interactiva. Així per exemple, podem comprovar que alguns webs dedicats a informar sobre el tractament de la sarna comencen per desculpabilitzar el seu destinatari, tot assegurant que les vies per les quals es contrau la infecció no es relacionen necessàriament amb la manca d'higiene corporal. Uns plantejaments semblants trobarem sens dubte en pàgines dedicades a temes vinculats amb la sexualitat.

En totes les operacions del discurs divulgatiu a les quals ens hem referit suara, la comunicació social actual aprofita els recursos de la *multimodalitat* que les noves tecnologies faciliten, tot i que la dimensió lingüística d'aquest discurs és sens dubte essencial, tant pel que fa a la conceptualització de fenòmens com a la designació d'entitats i a les estratègies de persuasió en el seu cas. Cal tenir en compte, a més, que els mitjans tecnològics no sempre són a l'abast de tots els participants.

Siga com siga, és indiscutible que avui la paraula mèdica està cada vegada més media(titza)da per tota la parafernàlia social que construeix la tecnologia comunicativa, des del venerable periòdic imprès fins a la neotelevisió o la imparable internet. Les pràctiques divulgatives de tota mena són així conformades per aquestes plataformes,

per la seua vessant comercial, pel seu simbolisme espectacularitzador i per la mateixa estructura de la comunicació en xarxa.

Així, el desenvolupament de la dimensió comercial de la sanitat és afavorida pels *media*, fins i tot en països on la sanitat pública és una institució sòlidament establerta: la publicitat de productes farmacèutics de tota mena, de procediments de dietètica, d'aparells ortopèdics, de serveis de cirurgia estètica... En la xarxa, la dimensió de publicitat comercial és també notable, com ara en casos on una pàgina web de caràcter instructiu o divulgador publicita la venda de productes *on line* o remet a l'adreça dels professionals del ram que estan establerts en la zona des d'on es connecta l'internauta.

Pel que fa a l'espectacularització, cal recordar l'aura amb què els *media* impresos i audiovisuals envolten els descobriments mèdics o els cirurgians estrella, i d'altra banda l'interès que tenen algunes sèries televisives de temàtica sanitària com a dispositius que conformen l'imaginari col·lectiu i el poble de referents com són certes figures de metges, la tecnologia d'última generació, la corrupció hospitalària, el paper del personal auxiliar, els conflictes ètics derivats de la nova genètica... Medicina i literatura han mantingut sempre una dialèctica fructífera: la medicina, proveint temes a la ficció; i aquesta, configurant l'imaginari dels ciutadans i contribuint a establir els preestructures mentals amb què els pacients s'acosten a la realitat sanitària i a les pràctiques socials que la defineixen.

En un altre domini de la comunicació social, la forta implantació d'internet en els darrers anys ha propiciat també fenòmens nous en el funcionament discursiu de la sanitat, en general d'ordre positiu pel que fa a la difusió del coneixement sanitari. És clar que l'auge d'internet també té conseqüències molt positives per a la divulgació sanitària. Com ara en una iniciativa institucional exemplar, de la Generalitat de Catalunya, que va posar en xarxa fa uns pocs anys un glossari de termes relatiu a la SIDA, on apareixien tant termes tècnics com denominacions col·loquials o d'argot que calia definir de manera transparent (i més en un camp sanitari estretament relacionat amb l'esfera sexual), i a més amb equivalències a diverses llengües emprades per la comunitat de parla catalana (Salvador & Macián, 2005). La facilitat d'accés a aquestes informacions i la garantia de confidencialitat per als que consulten les dades d'un tema encara molt marcat socialment són sens dubte un avanç en la cultura de la salut.

A més d'aquests avantatges des del punt de vista de la difusió dels coneixements, internet incideix en una transformació subterrània de les relacions entre els professionals i els pacients, en diversos aspectes. Street (2003: 75) es refereix a l'especificitat d'aquest mitjà tecnològic i als canvis que introdueix, amb aquests mots:

The Internet is different from other media technologies because of the sheer amount of information that users have access to, the speed with which they can access it, and the capability it gives users of interacting with anyone in the world who also has Internet access. (...) Internet

has the potential to significantly alter the way health providers and patients interact with one another. (...) Internet may hasten the transformation of the provider-patient relationship from one of paternalism to one of shared decision-making and partnership.

Ara bé, davant aquest nou capítol de transformacions tot just encetades, també hi ha postures més crítiques o almenys cauteloses:

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 proporcionarle, 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, 2008: 89)

És clar que en la cibersanitat hi ha, ultra la incidència dels interessos comercials, un risc evident d'abusos distorsionadors, entre els quals en destacaríem el que podríem anomenar la *sobrecàrrega informativa despersonalitzada*. La navegació per xarxa facilita als usuaris l'accés a un bon menter d'informacions sobre qüestions mèdiques i farmacològiques que, malgrat la seua utilitat global, no sempre disposen de suficients garanties de rigor i que, en tot cas, no són filtrades i adequades per un professional que estiga en contacte directe amb el pacient (Salvador & Macián 2003). Aquesta situació impedeix sovint la bona assimilació dels continguts penjats a la xarxa, ja que els webs corresponents no han desenvolupat suficientment els mecanismes interactius, ni tan sols en el nivell de la dosificació i la recontextualització de la informació. Més greu encara és el fet que generen la il·lusió de coneixements fàcilment adaptables al cas concret de cada malalt, fins al punt que a vegades encoratgen a l'autodiagnòstic o fins i tot inciten a l'automedicació, sense que hi haja un acte clínic real on el professional pugua realitzar l'anamnesi, el diagnòstic i la planificació del tractament que s'ha d'aplicar.

A més, la despersonalització dels mecanismes corresponents –a vegades compensada amb el que podem anomenar “sala d'espera mediàtica”, on els malalts o els interessats poden mantenir un fòrum i intercanviar informacions– té dues conseqüències importants per al desenvolupament actual de la cultura de la salut. En primer lloc, consagra una visió de la pràctica mèdica que avui es considera obsoleta o almenys molt millorable: la focalització en la idea de la *disease*, de les diverses malalties vistes com entitats a estudiar, en detriment de la consideració d'aquestes tal com les experimenten els malalts, de manera personalitzada –és a dir, allò que respon, en la denominació anglesa, al concepte d'*illness*. Així, Suzanne Fleischman (2001: 475), caracteritza el llenguatge mèdic tradicional com “an abstract discourse about disease and organs; it is not about patients and their experience of illness”, i subratlla el fet que en aquest

tipus de discurs les malalties són els agents, els que ocupen el prosceni, mentre que els pacients romanen en el rerefons representats lingüísticament per acusatius o datius que designen els experimentadors de l'acció d'aquells agents focalitzats.

En segon lloc, el fenomen que estem comentant afavoreix l'aparició o la intensificació d'una nova tendència actitudinal: molts pacients arriben a la consulta del professional amb un excés desordenat d'informació sobre el problema sanitari que els afecta. No hi ha dubte que la informació prèvia i l'interès per assolir una certa instrucció mèdica és positiu en termes generals, però quan aquesta informació és poc articulada o tergiversada pot determinar una predisposició a la desconfiança o, si més no, a una escassa receptivitat davant les determinacions del professional. No parlem ara de la instrucció mèdica orgànicament assolida, o de la documentació necessària per a apropar-se a un paradigma de *responsabilitat compartida* del pacient amb el professional de la salut, sinó dels casos en què una sobreinformació poc fiable i insuficientment articulada i assimilada pot crear confusió i determinar un prejudici negatiu que distorsione la interacció clínica. (Cal dir, de passada, que la introducció del codi ètic internacional "honcode" permet avui filtrar les adreces d'internet i garantir almenys una certa fiabilitat, però el recurs no és prou a neutralitzar tot el conjunt de riscos anotats suara.)

Un sol exemple ho il·lustrarà: en un treball del nostre equip (Salvador & Macian 2003) vàrem recollir la dada presa d'un fòrum associat a un web nord-americà sobre podologia: un jove que, en aquesta "sala d'espera mediàtica", negava la competència professional del facultatiu que li havia receptat un fàrmac anomenat Neurotin per al tractament d'un neuroma de Morton, que és una malaltia de repercussió neurològica que es manifesta en problemes podològics. El xicot havia buscat per internet el terme farmacològic i el veia associat amb qüestions neuronals, que ell relacionava amb el cervell, una part del cos ben allunyada dels peus, que és on es manifestava la seua malaltia. I postil·lava en la seua intervenció al fòrum:

I was diagnosed with Mortons Neuroma about a year ago and the doctor has suggested that I have a med called Neurotin. When I looked this up on the internet I saw that it was used for brain seizures, so how can that help the Mortons problem? Right now I am taking Ultram during the day and Vicodene at night to sleep. He said to take the Neurotin and stop the other meds. But how can a brain seizure medicine help or would it help?

Òbviament, el context on té lloc l'anècdota referida –la sanitat nord-americana, fortament privatitzada i cara– afavoreix aquest tipus de comportament, però el cas anuncia, premonitòriament, una tendència sociològica que convé tenir en compte.

En conjunt, doncs, podem dir que els esforços de divulgació científica en el terreny de la sanitat –realitzats majoritàriament per mitjà del llenguatge– representen una contribució de primer ordre al desenvolupament d'una autèntica cultura de la

salut, malgrat totes les situacions de risc en què poden incórrer. Però ara cal anar més enllà i plantejar algunes peculiaritats del discurs sanitari, en el marc del qual la divulgació no sempre és un mecanisme unidireccional que “abaixa” els coneixements a l’usuari, sinó que té lloc en un nivell fortament interactiu i, a més, presenta unes adherències emocionals que cal tenir en compte molt més que en qualsevol altre tipus de discurs de divulgació.

ELS MECANISMES DE LA INTERACCIÓ CLÍNICA

Sobre tota aquesta complexitat que presenta la divulgació sanitària, cal afegir encara un altre factor: la constitutiva interactivitat de la majoria de les pràctiques discursives sanitàries. Més enllà de discursos monogestionats, unidireccionals –com poden ser els glossaris, els vademècums, els fulls informatius o la veu persuasora de les campanyes antitabac o a favor de l’ús del preservatiu–, aquest àmbit discursiu reclama personalització i interactivitat. De fet, la prescripció d’una dieta, sense anar més lluny, no té suficients garanties d’efectivitat si no es parteix d’un diàleg previ entre el dietista i el pacient sobre els hàbits, els gustos i les expectatives d’aquest darrer. En especial, tota mena d’entrevista clínica fa palesa en primer pla aquesta característica discursiva.

Abans de tot, s’ha d’assenyalar la bidireccionalitat que adopta la circulació d’informació en tot acte clínic, sempre que el pacient estiga en condicions d’expressar-se, és clar. I a vegades és una tasca difícil l’elicitació i la comprensió, per part del professional, d’aquests missatges verbals del pacient –per exemple, en intentar descriure l’experiència del propi dolor–, igual de difícil com resulta per al pacient la interpretació del discurs especialitzat de la medicina. Així, per exemple, l’art de la diagnòsi, malgrat tots els avanços de l’anàlisi i de la radiologia, encara depèn en bona part de l’expressió verbal de la simptomatologia, del diàleg que és consubstancial a un acte clínic que no pot renunciar a constituir una interacció personal on la paraula exigeix considerable protagonisme.

A més d’aquesta primera consideració sobre la interactivitat del discurs de la sanitat, hi ha el conjunt del dispositiu que articula la interacció clínica, i que presenta una nòmina llarga i complexa d’elements, que pel cap baix inclouria aquests: els rituals de presentació i presa de contacte; la interacció verbal de l’entrevista clínica, que sovint s’endinsa en l’interrogatori i en la conversa; els aspectes argumentatius i persuasius; la superposició que es produeix entre la progressió del *dir* (seqüència d’actes de parla) i la del *fer*¹ (accions no verbals que es realitzen en la consulta clínica, en especial les

1. Empraré en aquest treball el terme “fer”, infinitiu nominalitzat equivalent a ‘actuar físicament, extra-verbalment’, com a traducció del terme francès “agir” que utilitzen Bronckart i altres autors de l’interaccionisme sociodiscursiu (Bronckart. 2004).

de tipus exploratiu i les terapèutiques); estratègies d'empatia com ara l'humor; etc. Al llarg de les pàgines que segueixen es comentaran alguns d'aquests elements que formen part del dispositiu de la interacció discursiva.

Caldrà començar per una aproximació a la definició del gènere de què es tracta. En aquest sentit podem dir que les *entrevistes clíniques* (*medical encounters*) consisteixen en sessions interactives on el professional de la salut i el pacient (i a vegades també algun altre tipus de mediador, com ara un acompanyant) realitzen intercanvis verbals i no verbals, juntament amb actuacions professionals, en un marc institucionalitzat de pràctiques sanitàries que tenen com objectiu la resolució de problemes de salut. L'entrevista clínica ha estat objecte d'atenció, bé des de l'àmbit exclusivament de l'aplicació a la pràctica sanitària (Borrell i Carrió 1986), bé des dels interessos propis de la lingüística i de l'anàlisi del discurs (Ainsword-Vaughn 2001). El fet de considerarla com a gènere discursiu implica la consciència del seu grau d'institucionalització com a pràctica sociodiscursiva i actuacional; l'existència d'una percepció social de les seues característiques, l'operativitat d'uns preestructures o preestructurats amb què els participants configuren les seues expectatives respecte al tipus d'acte que s'ha de desenvolupar; el nivell de formalitat de la relació entre els participants, etc. Són aspectes que l'interaccionisme simbòlic (Goffman en concret) i, de manera més sistemàtica, l'interaccionisme sociodiscursiu (Bronckart en especial) han tractat i han integrat en un marc teòric al qual ens acollim en certa mesura en aquest treball.

Borrell i Carrió assenyalen la doble vessant d'aquest esdeveniment social: l'*acte comunicatiu* interpersonal i l'*acte tècnic* on un professional aplica uns coneixements especialitzats que tenen el seu centre d'interès en la salut del pacient. No cal dir que ací ens dediquem a examinar els primers dels dos aspectes, però no es podrà trobar una coherència última a l'entrevista clínica sense tenir en compte l'entrellat d'ambdues vessants. Naturalment, en aquest discurs interactiu, dialògic i plurigestionat, doblat d'accions verbals i no verbals, la noció de coherència no es correspon amb la que s'utilitza canònicament en lingüística textual, sinó que ha de reformular-se dràsticament a fi de considerar-la en funció de les característiques del gènere *entrevista clínica* i de les finalitats terapèutiques que aquestes activitats persegueixen com a pràctiques sanitàries. La coherència, doncs, haurà d'entendre's en termes d'*interdeterminació* entre un feix complex de factors (interrogatori mèdic, intercanvi d'informacions, seqüència del *fer*, etc.), que hauran d'atènyer un sentit final com a acte clínic en el marc de les expectatives sociosanitàries corresponents:

Dans le cadre de la consultation médicale, la dimension du dire recouvre les espaces de l'interrogatoire médical structuré par l'échange d'informations (question-réponse) et du diagnostique fondé sur l'échange informatif-assertif. Quant à l'espace du faire, il recouvre l'examen médical fondé sur l'action (auscultation) et la prescription fondé sur le discours

directif-action. La cohérence consiste en la coordination de ces espaces en s'assurant de leur interdetermination". (Immoune 2006: 265)

Els participants en aquestes activitats són, principalment, el professional sanitari i el pacient, però també hi ha altres actors secundaris, com ara algun ajudant del professional o algun acompanyant. Aquesta darrera figura assoleix notable rellevància, especialment quan el pacient és un infant o una persona anciana o bé presenta per alguna raó dificultats d'expressió. Això per no parlar de situacions d'elevat dramatisme com seria la comunicació d'un diagnòstic de transcendència vital per al pacient o en el cas de tractaments severos com ara la quimioteràpia. Per uns motius o per altres, el paper de l'acompanyant en moltes entrevistes clíniques esdevé important, ja que aquest o aquesta pot actuar com a portaveu o fins i tot pot arribar a usurpar la veu de la persona malalta. Cal tenir en compte que, com s'assenyala en un estudi recent, l'establiment de complicitats entre el professional i una tercera persona pot ser perjudicial per a la comunicació amb el pacient: "Joking between the physician and a third person may further isolate the patient" (Berger et al. 2004: 829).

Tornant ara a les dues figures principals de la interacció, direm que aquesta relació és, òbviament, asimètrica, i la seua configuració és clau per a l'èxit de l'entrevista clínica. Així, al professional correspondrà el privilegi –i per tant, el poder– d'establir l'agenda de la interacció, realitzar les preguntes, decidir l'extensió de les respostes i fixar la seva pertinència, arribar a un diagnòstic, proposar un tractament i, a més, dur la iniciativa de les actuacions clíniques corresponents. Però, alhora, haurà de saber escoltar i esforçar-se a negociar certs aspectes, si vol que l'entrevista siga realment *orientada cap al pacient*.

A més d'escoltar atentament les demandes dels pacients i la relació de la seua simptomatologia, el professional té assignades institucionalment algunes altres funcions, com ara aquestes: explicació fonamentada i didàctica de l'etiologia i la terapèutica dels problemes presentats; respecte a la llibertat de decisió del pacient, una vegada informat aquest; manteniment d'un equilibri entre la distància de poder que correspon al seu rol i la familiaritat solidària en el tracte, factors que es manifesten en el grau d'assertivitat del seu estil expressiu, en la selecció de codis quan es tracta de pacients bilingües (pensem ara en un context de bilingüisme català/espanyol) i en la gestió del tractament de vostè o el tutejament.

S'espera que els pacients, per la seua banda, es mostren cooperatius, responguen normalment amb deferència al tracte rebut i així mateix que participen en la gestió del bilingüisme quan aquest es produeix i, en els casos corresponents, del pas al tutejament.

El professional i el pacient teixeixen una relació cooperativa i de reconeixement mutu, on, per una de les parts, la dels pacients, s'espera una actitud de respecte i confiança envers el professional; i per l'altra, la del professional, s'asseguren valors

com són la confidencialitat, l'eficàcia curativa o pal·liativa i una consideració personal que implica el reconeixement dels valors del pacient, més enllà de la seua possible deterioració física, de negligències higièniques o de l'eventual falta d'aplicació dels remeis sanitaris que altres professionals li hagin prescrit en ocasions anteriors. Totes aquestes funcions que incideixen en la construcció de la relació clínica s'acompleixen per mitjà de recursos discursius, sense oblidar els de tipus no verbal, que poden ser decisius en aquest camp (Clemente 2004).

Un d'aquests recursos discursius és la interacció argumentativa entre les dues parts implicades. No parlem ara de l'argumentació com un moviment unidireccional pel qual el professional *raona* els seus diagnòstics o les recomanacions de tractament, sinó que aquesta és la fase prèvia –un exercici de didacticitat que va més enllà del paradigma paternalista més estricte– per a una interacció negociadora on el pacient podrà també intervenir i contraargumentar. Al capdavall, el pacient és qui té la darrera paraula, almenys en un plantejament ideal: pot prendre decisions, buscar diagnòstics alternatius o simplement negar-se a sotmetre's a una operació, o bé pot abandonar un tractament. En el procés de presa de decisions, 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 i consensuada. En el canvi a un nou paradigma de *responsabilitat compartida* que substitueix el paternalista, té un lloc rellevant aquesta consideració de l'argumentació com una tasca negociadora en el camí cap a la persuasió i l'acord (Salvador *et al.* 2009). Ara bé, aquesta pràctica de l'argumentació interactiva només és viable si prèviament s'ha establert entre els participants en l'entrevista clínica un reconeixement mutu que equilibre la posició de poder del professional amb un vector de solidaritat i respecte.

La construcció d'aquesta relació cooperativa que confereix sentit a una sessió clínica i a una relació a més llarg termini, comença per un primer pas, que marca el terreny de joc de tot el dispositiu comunicatiu: la presentació dels participants en una primera visita a la consulta del professional sanitari. En un altre treball (Salvador & Macián 2007) vam centrar aquesta anàlisi en una consulta privada de podologia, i els resultats són en bona mesura extrapolables a d'altres situacions en altres tipus d'actes clínics.

No cal dir que en aquestes ocasions és, en bona mesura, quan es forja la percepció mútua, quan l'*ethos* del professional i el del pacient es dibuixen i s'estableixen com precedent i marc inaugural de la relació. Hi podem aplicar, en l'anàlisi, el concepte clàssic d'*ethos* desenvolupat per Maingueneau (2002) com a projecció de la imatge i la personalitat de l'enunciador en el seu discurs. O bé, podem dir que és en aquesta primera presa de contacte, amb els seus rituals (salutacions, identificació, explicitació de la història clínica, anamnesi, etc.), on es posa en pràctica d'una manera rellevant el que en termes de Goffman es denominaria la presentació del *self*. De l'establiment

i dels matisos d'aquesta sintonia inicial, en dependrà la construcció d'una relació interpersonal, més o menys freda i distant, més o menys càlida, que delimitarà les condicions de la manifestació i la gestió de les emocions i de l'empatia. Es tracta d'una resposta que reforça l'empatia, la percepció de "sentir amb l'altre". Alguns autors prefereixen aplicar una altra categoria, més comprensiva que la d'empatia i millor caracteritzada en l'àmbit de les ciències de la salut, que consisteix en un moviment de confirmació per part del professional:

Confirmation involves dimensions of showing empathy, sharing control, exhibiting trust, and disclosing personal thoughts and feelings to others. However, confirmation is also a distinct variable that plays a unique role in health communication (...) a way of communicating acknowledgement and acceptance to others. It is a relative new concept that is starting to receive more emphasis in health care. (Northouse & Northouse 1998: 60)

En aquesta dimensió de l'empatia/confirmació és on s'insereix el fenomen de l'humor, amb les seues manifestacions discursives (acudit, joc de paraules, al·lusions iròniques...), que tenen certa importància en la gestió de les entrevistes clíniques i en les pràctiques sanitàries en general, ja que contribueixen a la distensió en situacions compromeses i generen un corrent empàtic que facilita la interacció (Macián & Salvador 2009). En efecte, les conclusions d'aquest darrer estudi palesen les virtuts innegables de l'humor en els processos relacionals de les pràctiques sanitàries, i concretament de l'entrevista clínica. També apunten a la consciència del risc d'unes intervencions humorístiques frustrades o inconvenients. Per altra banda, l'humor en aquest gènere discursiu ha de ser analitzat en el marc d'uns paràmetres socials molt diversos que inclouen: els estereotips socials rebuts i encara avui operatius (la imatge de les professions mèdiques en la tradició literària o en les sèries televisives actuals, els acudits sobre psiquiatres o sobre pacients incultes, etc.); els entramats institucionals on es practica l'assistència sanitària privada o pública; la creixent puixança del tabú de l'envelliment, de la malaltia incurable i de la mort; etc. S'imposa, doncs, una consideració atenta de tots els factors contextuals que condicionen el fenomen, des d'una perspectiva "ecològica" de la comunicació en l'àmbit sanitari (Street 2003). O, si es vol dir d'una altra manera: el paper de l'humor en la nostra cultura de la salut.

Un altre aspecte que mereix consideració és el de la coincidència de la sèrie del *dir* i la del *fer*. Malgrat la idealització intuïtiva d'acord amb la qual tendim sovint a pensar que interaccions discursives com ara les converses, els interrogatoris o les entrevistes es produeixen com a activitats verbals pures, el ben cert és que aquesta presumpció no correspon a les dades observables en les interaccions reals. Només es tracta d'una simplificació metodològica, tal com la del físic que comença per estudiar la caiguda dels cossos en el buit, tot fent abstracció dels efectes de la fricció amb l'aire.

Converses, interrogatoris o entrevistes es produeixen en situacions reals on nombrosos factors del context no verbal hi tenen una incidència innegable (gestualitat, proxèmica, activitats mecàniques realitzades durant l'intercanvi verbal...). Ara bé, quan el discurs es produeix en una situació de treball, és més palesa encara la seva manca d'autonomia respecte al context i a la cadena de les accions físiques que es desenvolupen en paral·lel. Doncs bé, en el marc de les entrevistes clíniques, hi ha seqüències discursives que es produeixen en paral·lel amb seqüències de *fer*, com ara durant l'exploració, en una cura o en l'aplicació d'algun tractament en clínica.

En situacions com aquestes, el discurs verbal té una funció cooperativa per diverses vies: pot contribuir a la relaxació del pacient, bé motivant-lo, bé animant-lo o simplement distraient-lo mentre es realitzen les tasques terapèutiques corresponents. A més, algunes intervencions verbals simultànies amb les actuacions físiques realitzen una funció de reflexió sobre aquestes actuacions i contribueixen a caracteritzar-les com a classes d'activitats, tot categoritzant-les a partir de *figures interpretatives de l'acció* i sovint comportant una avaluació interna de determinades accions (Bulea 2007).

En el marc de l'interaccionisme sociodiscursiu, s'ha realitzat una interessant recerca en aquesta direcció que és pertinent per als nostre tema d'estudi (Bronckart 2004; Filliettaz et al. 2008). Bronckart (2004: 118) explicita així el procediment de l'analista davant el discurs produït durant la realitzacions de tasques de treball, tot al·ludint l'interès de les funcions que el discurs verbal aconsegueix respecte a les accions no lingüístiques:

S'agissant des verbalisations produites dans la réalisation des tâches, l'analyse portera sur les caractéristiques linguistiques des énoncés produits, mais aussi sur les fonctions qu'assurent ces énoncés par rapport au déroulement des tâches, et sur les interactions entre énoncés verbaux et les autres modalités sémiotiques de communications.

CODA: PERSPECTIVES OBERTES

Com s'ha dit a l'inici, aquest article no pretén, ni de bon tros, donar compte de totes les vies d'indagació que el repte interdisciplinari ací presentat mereixeria i que requereix un programa de recerca molt ampli. Els temes presentats –sovint només esbossats– permeten fer-se una idea del rendiment potencial de la recerca.

N'hi hauria d'altres, que han estat deixats de banda ara, però que protagonitzen investigacions en curs ben prometedores. Així, per exemple, l'estudi empíric de textos de consentiment informat (*advised consent*), que estableixen un contracte d'assumpció de responsabilitats davant una intervenció mèdica amb risc previsible (Villanueva *et al.* 2008). Les implicacions lingüístiques, legals i fins i tot psicològiques són evidents en aquesta pràctica d'ús creixent en la nostra societat. El document escrit, que constitueix

un autèntic contracte, pressuposa una activitat oral prèvia on el professional ha hagut de fer un exercici de didacticitat, explicant al pacient els riscos de la intervenció i donant-li elements argumentatius on es pugui basar la presa de decisió que el pacient o la pacient haurà de realitzar en el si del nou paradigma de responsabilitat compartida, amb més autonomia de decisió, que és un ingredient cabdal de la cultura de la salut en la nostra societat.

Una altra via de recerca consisteix en l'estudi dels protocols d'actuació, textos escrits de caràcter procedimental que pauten les situacions previsibles per al professional, prefiguren eventuais conjuntures de futur i tenen una funció cabdal en l'ensinistrament dels professionals en formació (Fillietaz 2004). També és una àrea suggestiva de treball la dosificació de la informació donada als pacients sobre el seu estat de salut. En aquesta àrea, no es pot menystenir el paper de l'eufemisme com a convenció socialment acceptada i reconeguda i, de l'altre costat, els drets dels pacients i/o familiars –quan vulguen realment conèixer les circumstàncies– a una informació veraç i més o menys exhaustiva segons els casos. Sobre la conveniència d'aquestes revelacions (*disclosures*), el grau d'exhaustivitat i el procediment de fer-les, en el cas d'infants i adolescents malalts de càncer, hi ha també bibliografia a l'abast (Clemente 2007).

Direm, per cloure aquest treball, que, sense necessitat d'adherir-nos a cap creença en el poder taumatúrgic de la paraula, el paper importantíssim del discurs en les pràctiques sanitàries i en la construcció d'una cultura de la salut és d'una evidència irrefragable, i convé que siga cada vegada més l'objecte central d'un ambiciós programa interdisciplinari.

VICENT SALVADOR
Universitat Jaume I

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AINSWORD-VAUGHN, N. (2001) «The discourse of medical encounters», dins SCHIFFRIN, D. et al. (eds.) *The Handbook of Discourse Analysis*, London, Blackwell, pp. 453-469.
- BEACCO, J.-C. & S. MOIRAND (1995) «Les enjeux des discours spécialisés», *Les carnets du CEDISCORS* 3.
- BERGER, J. T., J. COULEHAN, J. & C. BELLING (2004) «Humor in the physician-patient encounter», *Archives of Internal Medicine* 164, pp. 825-830.
- BORRELL I CARRIÓ, F. (1986) *Manual de entrevista clínica*. Madrid, Harcourt-Brace.
- BRONCKART, J.-P. (2004) «Pourquoi et comment analyser l'agir verbal et non verbal en situation de travail», dins BRONCKART, J.-P. et al., *Les cahiers de la Section de Sciences de l'Éducation* 103, pp. 11-144.
- BULEA, E. (2007) *Le rôle de l'activité langagière dans les démarches d'analyse des pratiques à visé formative*. Tesi doctoral, Université de Genève.
- CASSANY, D., C. LÓPEZ & J. MARTÍ (2000) «La transformación divulgativa de redes conceptuales científicas. Hipótesis, modelo y estrategias», *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad* 2 (2), pp. 73-103.
- CIAPUSCIO, G. (en premsa) «Lenguaje y medicina: actividades metalingüísticas en artículos de opinión de mitad del siglo XX», dins ECKKRAMER, E. M. ed., *La comparación en los lenguajes de especialidad*.
- CLEMENTE, I. (2004) «“Quan em clavaran allò?”. Algunes consideracions sobre la gestualitat en la negociació del tractament del càncer infantil a Catalunya», dins ALTURO, N. et al. (eds.), *Les fronteres del llenguatge. Lingüística i comunicació no verbal*, Barcelona, PPU, pp. 173-187.
- (2007) «Clinicians routine use of non-disclosure: prioritizing 'protection' over the information needs of adolescents with cancer», *CJNR*, vol. 39, núm. 4, pp. 18-34.
- FILLIETTAZ, L. (2004) «Une sémiologie de l'agir au service de l'analyse des textes procéduraux», dins BRONCKART, J.-P. et al., *Agir et discours en situation de travail*, monogràfic de *Les cahiers de la Section de Sciences de l'Éducation* 103, pp. 147-184.
- FILLIETTAZ, L. et al. (2008) «“Vos mains sont intelligentes!” Interactions en formation professionnelle initiale», monogràfic de *Les cahiers de la Section de Sciences de l'Éducation* 117.
- IMMOUNE, Youcef (2006) «Les espaces interactionnels de la cohérence: l'exemple du diagnostique médical et de la prescription», dins CALAS, F. (ed.), *Cohérence et discours*, Paris, Presses de l'Université Paris-Sorbonne, pp. 263-273.

- MACIÁN, C. & V. SALVADOR (2009) «Entrevista clínica y funciones del humor», dins *Anais V SIGET*, Caxias do Sul, Universidade de Caxias do Sul, publicació en CD-rom.
- MAINGUENEAU, D. (2002) «Problèmes d'éthos», *Pratiques* 113/114, pp. 55-68.
- NORTHHOUSE, L.L.& P. G. NORTHHOUSE (1998) *Health Communication, Strategies for Health Professionals*, Stamford, Pearson Education.
- SALVADOR, V. (2002) «Discurso periodístico y gestión social de los conocimientos: algunas observaciones sobre la didacticidad», *Anàlisi* 28, pp. 107-120.
- SALVADOR, V. & C. MACIÁN (2003) «El discurso de la podología en Internet. Análisis de estrategias de gestión social de los conocimientos a partir de un corpus plurilingüe», dins PIQUÉ-ANGORDANS, J. *et al.*, *Internet in language for specific purposes and foreign language teaching*. Castelló de la Plana, UJI, pp. 149-161.
- SALVADOR, V. & C. MACIÁN (2005) «Estratègies de la divulgació sociosanitària: aplicació a l'anàlisi d'un glossari sobre la SIDA», dins CARRIÓ, M. L. (ed) *Perspectivas interdisciplinaries de la lingüística aplicada*. València, AESLA-UPV, pp. 149-159.
- SALVADOR, V. & C. MACIÁN (2007) «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, *Anais*, en premsa.
- SALVADOR, V., M. L. VILLANUEVA, C. MACIÁN & J. V. ROIG (2009) «Divulgació i comunicació en la interacció clínica: una aproximació des de la lingüística mèdica», dins EDO, N. & P. ORDÓÑEZ (eds.), *El lenguaje de la ciencia y la tecnología*, Castelló de la Plana, UJI, pp. 251-264.
- SÁNCHEZ MARTOS, J. (2008) «Influencia de los medios de comunicación en la salud de la población», dins CUESTA, U. *et al.* (eds.), *Comunicación y salud. Avance en modelos y estrategias de intervención*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 77-97.
- STREET, R. L. JR. (2003) «Communication in Medical Encounters: An Ecological Perspective», dins THOMPSON, T. L. *et al.* (eds.), *Handbook of Health Communication*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, pp. 63-89.
- VILLANUEVA, M. L., V. SALVADOR, V. & C. MACIÁN (2008) «El consentimiento informado: autonomía del paciente y ética de la comunicación», dins CAMPOS, M. A. & A. GÓMEZ (eds.), *In memoriam of Enrique Alcaraz, Proceedings of the 1st International Conference on Language and Health Care*, Alacant, publicació en CDRom.