

**Médic@s y enfermer@s:
la construcción discursiva de las profesiones de la salud¹**

Cecili Macián
Universitat de València

Vicent Salvador
Universitat Jaume I. Castelló de la Plana

1. Introducción

Entre las profesiones vigentes en el mundo actual las hay que tienen carácter paradigmático, como la arquitectura, el magisterio, la abogacía, la judicatura o, por supuesto, la medicina y otras profesiones relacionadas con ella como es el caso de la enfermería. La adscripción a un determinado colectivo profesional, a diferencia de lo que ocurre con los simples oficios o las ocupaciones ocasionales, constituye una especie de vocación y suele dejar su impronta en la identidad personal. No en balde el mismo origen del término profesión –de “profesar”– activa connotaciones religiosas. Indiscutiblemente la dedicación de por vida a la abogacía o a la medicina comporta unas opciones de compromiso personal y social, y por ello es previsible que la correspondiente adscripción profesional constituya un componente esencial de las identidades de los miembros de esas comunidades.

1.1. Comunidades profesionales

La *sociología de las profesiones* (Rodríguez Ávila; Urteaga) ha aportado a la consideración de este asunto algunos conceptos relevantes como los siguientes: a) la especificidad de las profesiones frente a las meras ocupaciones; la lógica de la acción profesional: de acuerdo con esta, cada comunidad profesional delimita su territorio en competencia con otras profesiones cercanas; c) la cultura profesional de un grupo social consiste en un sistema de representaciones cognitivas, valoraciones, creencias, sentimientos, intereses compartidos y procedimientos retóricos; d) los procesos históricos de profesionalización: asociacionismo, institucionalización legal y administrativa, aspiración a un reconocimiento social generalizado, estudios propios que generalmente han ido adquiriendo con el tiempo rango de titulaciones universitarias.

Las profesiones sanitarias, como otras de las citadas, tienen una sociología histórica, un contexto institucional y una imagen social que se basan principalmente en usos discursivos. Desde este punto de vista, los grupos de profesionales pueden considerarse como *comunidades discursivas* en el sentido de Swales.

En efecto, el concepto de comunidad se desarrolló en el marco de una teoría de los géneros del discurso académico y se ha ido reelaborando posteriormente (Biasi-Rodrigues *et al.*). El concepto resulta muy útil para definir lo que son las comunidades profesionales y puede perfilarse a partir de las siguientes condiciones: a) Compartir ciertos objetivos, valores éticos (o ideológicos), intereses y determinadas prácticas sociales; b) disponer de canales de comunicación adecuados; c) activar mecanismos de información y participación para los integrantes de la comunidad; d) adoptar o elaborar géneros textuales apropiados para sus fines, e) disponer de una terminología propia, f) establecer vías y modelos de instrucción, de adquisición de habilidades discursivas y de entrenamiento práctico.

¹ Proyectos de investigación: “Lenguaje y cultura de la salud” (CSO2014-61928-EXP) y “Retórica constructivista: discursos de la identidad” (FFI 2013-40934-R)

Precisamente en este último aspecto se centra otra teorización que puede complementar la teoría de las comunidades discursivas y que opta por el término *comunidad de práctica* (Wenger). Desde esta perspectiva se insiste especialmente en la adquisición interactiva de habilidades y el adiestramiento informal de los aprendices por lo que respecta a los saberes tácitos y procedimentales propios de la comunidad.

El estudio de las comunidades profesionales que aquí nos ocupan puede beneficiarse, sin duda, de ambas teorizaciones: la primera, por su atención a la organización de los géneros discursivos; y la segunda, por enfocar principalmente la participación cooperativa en entrenamientos de aprendizaje práctico. En cualquier caso es innegable que el lenguaje está presente en la configuración de esas comunidades. Asumimos que las prácticas discursivas constituyen un instrumento privilegiado para la construcción de las profesiones, y por esa razón el examen de tales prácticas nos provee de un instrumental precioso para el análisis:

Historically, discourse has played a central role in the creation of different professions and it continues to do so in the development and maintenance of professional and institutional cultures and identities. Societal, social and cognitive factors all play important roles in the construction of professional cultures. (Gunnarsson, 16)

Podríamos decir que el lenguaje, aunque no lo es todo, lo impregna todo. Ciertamente las diferentes prácticas discursivas (lingüísticas y multimodales) son el mecanismo principal mediante el cual se *construye* una profesión.

Por lo que respecta a la dimensión teórica de nuestra aproximación al tema, nos adherimos a una posición *construccionista*, que se corresponde con una concepción de la realidad social como construcción en el sentido en que esta noción ha sido desarrollada por investigadores que han desarrollado las ideas del libro fundacional publicado por Berger y Luckmann en 1966, *The social construction of reality*. De acuerdo con este punto de vista epistemológico, tanto el conocimiento como las concepciones y creencias de la gente sobre lo que es la realidad social quedan inscritos en los mecanismos institucionales (Morales-López & Floyd). Así pues, una profesión puede ser conceptualizada como el producto de convenciones históricas y actuales que se generan por medio de diversos discursos verbales y multimodales.

Además de las asunciones mencionadas, nuestro marco de trabajo se basa también en el análisis crítico del discurso, considerado como una interpretación de las prácticas sociales (significados implícitos, transmisión de ideologías, relaciones de poder y solidaridad...) y al mismo tiempo como repertorio de herramientas metodológicas aplicables con fines analíticos (Wodak & Meyer).

1.2. Profesiones sanitarias: la medicina y la enfermería

Examinaremos aquí algunos de los mecanismos mediante los cuales la imagen social, el status simbólico y las funciones efectivas de médicos y enfermeros (/ras), tomadas aquí como los tipos más emblemáticos de las distintas ramas de las profesiones de la salud, han sido construidos en la sociedad contemporánea. Realmente hay diferencias importantes entre ambas profesiones, incluso se producen a menudo conflictos y tensiones, especialmente en los actuales contextos hospitalarios. Nuestro objetivo principal es analizar algunas muestras representativas de los procedimientos discursivos usuales en este ámbito de la experiencia social, focalizando similitudes, diferencias, distribución de roles de género así como los conflictos y los principios de complementariedad entre ambas profesiones.

Estas profesiones, la medicina y la enfermería, se han construido históricamente a partir de tipos de prácticas discursivas como las siguientes: a) discursos regulativos: las leyes y reglas sociales que rigen sus actuaciones, incluyendo la formación académica requerida como condición de acceso a tales desempeños; b) discursos producidos por los miembros de esas comunidades de práctica, que en buena medida son para consumo interno pero que trascienden por distintas vías a la esfera pública; c) discursos externos sobre dichas profesiones: su imagen (estereotipada) tal como es configurada por la cultura popular, la literatura y los mass-media. Podemos afirmar que una profesión se construye principalmente por medio de estos tipos de prácticas. De este modo, textos como las disposiciones legales o los *curricula* académicos que dan acceso a una profesión o reglamentan su ejercicio corresponden a la primera categoría. Las revistas especializadas, la expresión de reivindicaciones gremiales, los discursos divulgativos, autobiografías y memorias de miembros de la profesión, etc., corresponderían a la segunda, mientras que las novelas, películas, series televisivas, así como los dichos populares y chistes, constituirían el tercero de tales grupos de productos textuales.

Ahora bien, hay que señalar que entre la segunda y la tercera de estas categorías existe un solapamiento o zona de transición: se trata de los discursos producidos por miembros de la comunidad (endógenos) pero que no se destinan exclusivamente al consumo interno (de *intranet*, diríamos), sino que, voluntaria o involuntariamente, adquieren estatus de discurso público en el ámbito de comunicación social, desde la literatura hasta el periodismo y otros medios de comunicación. Estos discursos, aun siendo de origen endógeno, contribuyen de manera muy relevante a la configuración de la imagen de las profesiones, a la construcción de sus respectivas representaciones sociales, por lo que, atendiendo a su efecto y no a su origen, se asociarían a la tercera categoría. La casuística de esta zona de transición es, como veremos, variada.

2. Discursos regulativos

Comenzaremos por el primero de estos tipos de prácticas discursivas, el de carácter regulativo. Tanto la profesión médica como la enfermería y otras profesiones sanitarias han experimentado una larga evolución histórica, pero esta evolución ha sido más notoria y más reciente en el caso de la enfermería, que no disponía de una tradición tan antigua, sino que, aparte de precedentes históricos remotos, se consolida -prácticamente se constituye- en la segunda mitad del siglo XIX con la figura de Florence Nithingale (Mason *et al.*).

Realmente, la historia de todo ese conjunto de profesiones es prolija y permite observar transformaciones muy considerables a lo largo de los tiempos: unas transformaciones que a veces suponen el tránsito desde el oficio (o incluso práctica laboral complementaria u ocasional) a la profesión propiamente dicha, y que a menudo implican cambios de denominación identificadora. Piénsese, por ejemplo, en el paso de la partera a la matrona, del callista al podólogo, del dentista (o el simple “sacamuelas”) al odontólogo, del boticario al farmacéutico, del enfermero al ATS (Ayudante Técnico Sanitario) y después nuevamente a la denominación tradicional. Todas estas son muestras de una transformación histórica, generalmente instada por los propios protagonistas y sus asociaciones gremiales o colegiales, a lo largo de la cual esos menesteres se dignificaban y crecían en prestigio social por medio de los cambios de nombre. En algunas ocasiones, el simple hecho de adquirir una denominación específica delimitaba un gremio cuya actividad se había ejercido generalmente de manera subsidiaria, sin ningún tipo de exclusividad, como se observa en el caso de los barberos que realizaban algunas prácticas de cirugía menor. Así, la denominación de cirujano, aunque considerada categoría diferenciada e inferior a la de médico durante mucho

tiempo, contribuía a delimitar una casilla profesional. Por supuesto, en los márgenes de la coloquialidad o de las caricaturas literarias, había otros calificativos de tono despectivo, que a veces han subsistido hasta la actualidad, como matasanos, loquero, etc. Para designar a otras modalidades sanitarias.

En todo caso, la historia de las profesiones de la salud puede ser escrita en buena medida como la crónica de largos conflictos mediante los cuales las distintas categorías grupales pugnaban por autonomizarse respecto a sus vecinas (Barona; Gargantilla; Esteva de Sagrera). Así ocurre con las fricciones entre los farmacéuticos, reclamando autonomía frente a los médicos y a la vez diferenciándose de sus competidores los perfumeros, y por otra parte sospechosos a menudo de prácticas poco ortodoxas, hasta el punto que hasta fechas muy avanzadas se les exigió demostrar su pureza de sangre como cristianos viejos (Esteva de Sagrera). O de las parteras, protegidas por una normativa legal que impedía a los médicos asistir a los partos, norma que al parecer costó algún mortal disgusto a médicos atrevidos (Gargantilla, 192). Más recientemente, como veremos, la relación entre la profesión médica y la enfermería, ha suscitado así mismo considerables tensiones, por medio de las cuales los enfermeros y enfermeras han reivindicado una cierta autonomía respecto a los profesionales de la medicina. Profesiones próximas a la enfermería, como los practicantes o los podólogos, han experimentado también considerables transformaciones, pero siempre han mantenido una cierta independencia gracias a sus competencias profesionales y objeto de actuación, mientras que la enfermería, sobre todo en contextos hospitalarios, ha tendido a una supeditación al médico.

Esa serie de conflictos que han esmaltado el devenir de los oficios y profesiones de la salud respondían, por una parte, a la defensa de la propia imagen social y, por otra, a la reivindicación de espacios propios de cada colectivo, aspiración que se concretaba a menudo en la asunción de determinadas competencias en el marco de las disposiciones legales vigentes en cada momento.

En época reciente, las reivindicaciones de enfermeros y enfermeras han apuntado sobre todo a la capacidad para ejercer una *consulta de enfermería* y de una cierta capacidad de *prescripción enfermera* (recetas de medicamentos menores) (Fernández Ruiz; Hernández Yáñez). Las de los podólogos, por su parte, han consistido principalmente en la prescripción de fármacos y la competencia para practicar la cirugía en aspectos atinentes a su especialidad (Macián).

Por supuesto, un elemento clave en la delimitación de las fronteras de las profesiones sanitarias es la *licencia* o *credencialidad* que abre las puertas del ejercicio de la profesión. Se trata del nivel académico exigible para el desempeño profesional (además de los eventuales requisitos impuestos por colegios y otras asociaciones profesionales). El intrusismo profesional es hoy un tema candente en nuestra sociedad, y en el ámbito que nos ocupa remite a las medicinas alternativas y a ciertas prácticas fraudulentas que invaden las fronteras competenciales de los colectivos afectados. La garantía principal ante ese intrusismo es la credencialidad exigible por la legislación vigente. Ciertamente, lo que R. Collins llamó “la sociedad credencial” está vinculado al incremento de la complejidad en las profesiones, que tenían su origen en los gremios y en las universidades medievales y que, cada vez más, requerían de unas condiciones de acceso que garantizaran a la sociedad la competencia de sus miembros, mediante la obtención de unos títulos académicos como condición previa e inexcusable para el ejercicio profesional. En los últimos tiempos, además, las exigencias sociales apuntan cada vez más a cuestionar el credencialismo “otorgado de por vida” y reclaman un sistema de relicencia y revalidación de las capacidades (Cruess & Cruess)

Todos estos factores constituyen lo que hemos llamado discursos regulativos, tienen carácter exógeno, es decir, emanan de fuentes externas a los colectivos aunque a menudo sean propiciados o instados por estos mismos colectivos. En todo caso, tales disposiciones legales constituyen un corpus prescriptivo que contribuye a perfilar la imagen social de cada una de las profesiones afectadas.

3. Discursos endógenos para consumo interno

Los distintos colectivos profesionales sanitarios generan, a su vez, una serie de discursos que podemos calificar de endógenos y que además tienen como destinatarios, en principio, a los miembros de las correspondientes comunidades discursivas o de práctica. Podríamos categorizarlos, más o menos metafóricamente, como la *intranet* de cada colectivo profesional, aunque sin duda, esta intranet tiene como frontera una membrana porosa, sobre todo en tiempos de boga del *open access* como práctica generalizada. Se trata de discursos producidos oficialmente “para consumo interno”, si bien su proyección social es considerable, como vamos a ver enseguida, y en ocasiones responde a intereses no disimulados. Se trata de textos donde la orientación hacia el interior grupal y la que apunta hacia la sociedad exterior –la opinión pública– se imbrican constantemente en una dialéctica muy sugestiva para el analista. Estos discursos endógenos complementan el papel de los discursos regulativos en la construcción de la imagen social de las profesiones correspondientes y en su configuración institucional. En esta producción discursiva ocupan un lugar preeminente las revistas especializadas, sobre todo las que tienen una dimensión profesional.

3.1. Las revistas profesionales

Las publicaciones periódicas especializadas del área de la salud constituyen un factor decisivo en la construcción de las profesiones sanitarias y de sus identidades como colectivos. Por una parte, refuerzan la cohesión grupal de las diferentes comunidades profesionales, proporcionan información y contacto a sus miembros y favorecen el reciclaje de sus conocimientos. Por otro lado, indirectamente y con todos los matices que hemos apuntado, también se orientan a potenciar el prestigio de su imagen como colectivo de cara a la sociedad, muestran sus logros y muchas veces presentan sus reivindicaciones profesionales.

En un estudio sobre las revistas especializadas del mundo de la salud (Salvador, Macián & Marín) se analizaron trece revistas de profesiones sanitarias con la intención de observar cómo estas prácticas discursivas constituyen un medio privilegiado de construcción de las profesiones y un valioso instrumento para la conceptualización y explicación de la sociología de las mismas. El análisis de los distintos géneros profesionales abre una vía de acceso a la comprensión de las *culturas profesionales* y sus mecanismos identitarios, comunicativos y promocionales en el seno de la sociedad donde se inscriben.

En primer lugar hay que señalar que una función primordial de estas revistas, más allá de la información sobre las investigaciones y los avances en el conocimiento de las materias propias del área de que se trate (artículos originales de investigación, reseñas críticas o revisiones), es el fortalecimiento de la cohesión grupal. Esta construcción de la identidad colectiva –o bien de la identidad social de los individuos– comporta sin duda un riesgo de *sobreidentificación grupal* que anestesie la capacidad crítica respecto a los valores compartidos por el colectivo, pero es un factor clave en la construcción de las comunidades profesionales, de su imagen interna y de su proyección social.

En este empeño, las revistas profesionales levantan a veces una especie de altar hagiográfico, compuesto por necrológicas de miembros ilustres de la comunidad, autoconmemoraciones e incluso referencias culturalistas basadas en anécdotas o figuras

legendarias vinculadas con la profesión o con su objeto de estudio. En un reciente trabajo sobre las revistas podológicas (Macián) se dedica un capítulo a los artículos que glosan la relevancia del pie en distintas culturas, con ejemplos que van desde el “pie de loto” femenino de la antigua cultura china hasta episodios del *Tirant lo Blanc*, la fraseología o la velocidad de carrera de Aquiles, el de los pies ligeros.

Noticias relacionadas con la profesión, crónicas de eventos del grupo como congresos o actos públicos, publicidad de productos, instrumentos y servicios especializados, anuncios de eventos científicos o de publicaciones del área, cartas al director y así mismo reivindicaciones gremiales, que es una dimensión esencial de la profesionalización, son apartados que hacen de estas publicaciones medios de comunicación intragrupal que funciona como una auténtica intranet.

Los editoriales, en cambio, buscan una mayor proyección social (Sabaj & González). Más próximos al discurso periodístico, estos artículos están al servicio del fomento de la colegialidad, pero también apuntan en ocasiones a difundir opinión más general a partir de un acontecimiento reciente, dirigiéndose a la comunidad científica en sentido amplio con la pretensión de influir en los debates sociales del momento. Así, por ejemplo, los editoriales de revistas como *The Lancet* o *The British Medical Journal* se inscriben frecuentemente en esta línea operativa.

Bien sea en uno u otro de los géneros de que se componen estos *macrogéneros* que son las revistas profesionales, se detecta a menudo en ellas el deseo de aprovechar cualquier circunstancia, como por ejemplo un evento de actualidad, para dar una buena imagen de la profesión. Así ocurre en un dossier de *Enfermería global* dedicado, en mayo de 2004, al atentado de Atocha de marzo del mismo año, dossier donde se incluye una entrevista a la Directora de Enfermería de un hospital madrileño que fue escenario de los efectos de la masacre. La entrevista presenta un relato sobrecogedor de los hechos, donde queda claro que el suceso marca un hito, “tanto a nivel personal como profesional” y que los enfermeros “se vieron obligados a tomar decisiones importantes” en ejercicio del “papel que desempeñaron en la gestión sanitaria de la tragedia”.

Un capítulo diferente, pero que también opera en la dirección de fomento de la comunicación gremial y de la potenciación de su imagen, es el de los casos clínicos, género que prolifera en este tipo de revistas por dos motivos principales: a) se trata de comunicaciones útiles para los suscriptores por su dimensión práctica; b) es, para estos suscriptores, una vía de acceso relativamente fácil a la colaboración como autores en la publicación. Nos ocuparemos más adelante de las características de este interesante género de narrativa profesional pero antes es conveniente exponer la tendencia a una medicina narrativa, que ha adquirido cierta relevancia en los últimos años.

3.2. Medicina narrativa

En el ámbito de la praxis sanitaria y de la correspondiente teorización, se ha desarrollado recientemente un movimiento denominado “medicina narrativa”, que se propone establecer puentes entre la biomedicina y las humanidades médicas destacando la importancia de los relatos de los pacientes. Este movimiento coincide con el auge de los estudios sobre la narración en discursos no literarios, como por ejemplo el breve relato inserto en la conversación (el *conversational storytelling*, que ya había atraído la atención de Labov y sus colaboradores décadas atrás), las historias de vida, los chistes o las (auto-)biografías. Los manuales de narratología más recientes suelen incluir un capítulo dedicado a la narración en medicina (Goyal), y así mismo se dedican libros enteros al estudio de los relatos de los pacientes, como por ejemplo el de Cristina Lonardi, que enfoca su estudio hacia las narraciones sobre la cefalea en pacientes crónicos.

Una destacada investigadora en medicina narrativa, Rita Charon, describía así el significado de este rótulo en una entrevista (Tortolo):

Medicina Narrativa es la práctica clínica por parte de un médico, enfermero, trabajador social o capellán que está fortalecida por la capacidad de saber qué hacer con las historias que el paciente nos cuenta. Es necesario saber que en la clínica podemos capacitarnos para recibir esa historia. Las historias que nos cuentan los enfermos son historias muy complicadas. Algunas se cuentan con palabras, otras con silencios, algunas mediante las expresiones faciales o gestos, y también a través de los hallazgos físicos como el reborde duro del hígado o el pie equino. Nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una “narrativa”. Los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber esos signos. Eso es lo que creemos que puede aportar la Medicina Narrativa.

La actitud que Charon caracteriza con estas palabras –y la insistencia en reivindicar que las correspondientes habilidades formen parte del currículum de los futuros profesionales– se inscriben en un contexto de demandas de los pacientes reclamando para el ejercicio profesional una atención personalizada y de escucha atenta. Ello se produce en un contexto en el que tanto, por un lado, la admiración que suscitan las tecnologías biomédicas más vistosas (radiología, analítica química, cirugía, genética, etc.) como, por el otro lado, la tendencia a la brevedad y burocratización de las consultas y otros actos clínicos (especialmente en el marco de la sanidad pública) ponen en peligro una faceta cardinal de la relación con los pacientes: la interacción comunicativa. En ocasiones se ha caricaturizado esta situación por medio de la imagen de un médico que, instalado detrás de la mesa de su despacho y frente a la pantalla del ordenador, lee y teclea datos relativos al paciente, analíticas, radiografías o formularios burocráticos, etc., pero renuncia a observarlo minuciosamente –muy al contrario de lo que ocurre en la medicina tradicional o en la medicina china, interesadas ambas en la observación de la “semiótica física” de los cuerpos– o incluso evita prácticamente mirarlo y escucharlo con un mínimo de paciencia.

Un médico, el Dr. Jerome Groopman, reivindicaba, en una obra reciente titulada *¿Me está escuchando, doctor? Un viaje por la mente de los médicos*, la necesidad de escucha atenta como requisito indispensable para la articulación de un diagnóstico válido. Su punto de partida consiste en considerar los casos en que la falta de una escucha adecuada del relato del paciente desvirtúa el diagnóstico. Para el autor, la media de lapso de tiempo que transcurre antes de que el doctor interrumpa ese relato no excede, como media, los 18 segundos, al cabo de los cuales el profesional se sentirá autorizado a decidir un diagnóstico que en cierto número de ocasiones puede ser incorrecto e incluso puede acarrear consecuencias graves para el enfermo.

La medicina narrativa postula la necesidad de dedicar una mayor atención a las narraciones de los pacientes, por cuanto estas constituyen una fuente de información, no solo interesante, sino a menudo insustituible. Frente a la jerarquización vertical en la que el profesional se instala en una posición superior desde la cual, a lo sumo, se digna explicar al paciente, en tono divulgativo, la etiología o el pronóstico de su dolencia –eso cuando no hace uso, explícito o tácito, del mero argumento de autoridad–, una medicina menos paternalista pide hoy más atención para la expresión del enfermo, de su experiencia interna del proceso morboso y de los síntomas correspondientes. Ciertamente la verbalización del sufrimiento propio, de la vivencia interna del dolor y de los cambios experimentados, no es algo menos dificultoso, ni menos relevante para

el acto clínico, que la explicación divulgativa que pueda hacer el profesional. En segundo lugar, la medicina narrativa reivindica, tal como hacen los pensadores de orientación *complejista* (es decir, relacionados de una u otra manera con las teorías de la complejidad), la función gnoseológica de la narración, largamente menospreciada por el (neo-)positivismo científico (Massip-Bonet & Bastardas-Boada).

En el contexto actual de los saberes, y concretamente de los saberes sobre la salud, se tiende a poner en valor el modelo narrativo por su capacidad heurística e interpretativa. Sigmund Freud es, en este sentido, un precedente importante por lo que respecta a la utilización de la *patografía* (incluso teñida a menudo de colores literarios) como molde de articulación del conocimiento sobre la problemática de los pacientes tratados. No en balde se ha llegado a afirmar que, en el fondo, Freud fue un genial creador de relatos literarios: un estudio como *El caso Dora* por ejemplo, puede leerse, efectivamente, como una novela por lo que respecta al juego que se desarrolla entre sus personajes. Una pauta semejante ha seguido en nuestros tiempos el neurólogo Oliver Sacks (Salvador 2014).

3.3. Los casos clínicos

Una tercera consideración es la referente al *caso clínico* (*clinical case report*), uno de los géneros que pueden figurar en las revistas especializadas de ciencias de la salud y particularmente en las que tienen carácter más decididamente profesional que investigador. De hecho, el género es un tipo de “estudio de caso” y no siempre ha tenido buena acogida en las revistas científicas por la dificultad que comporta la generalización y la predicción a partir de ejemplos específicos que parecen tener un valor meramente ilustrador o incluso didáctico, más que propiamente demostrativo, cuando se adopta una perspectiva *macro* que requiere datos abundantes susceptibles de análisis cuantitativo. El caso clínico remite a un fenómeno morboso singular y complejo que se produce en una persona determinada, con características corporales, mentales y sociales peculiares, todo lo cual configura una dolencia propia (*illness*) que, por lo tanto, no puede considerarse como mera ejemplificación de una enfermedad genérica (*disease*) y no tiene entidad como dato estadístico que permita un proceso lógico de inducción.

La complejidad y la multiplicidad de variables de las que han de dar cuenta las ciencias de la salud condicionan el tipo de conocimiento que estas pueden alcanzar: un conocimiento a menudo más idiográfico que nomotético, como corresponde a una ciencia de lo particular, del sujeto. Giorgio Cosmacini lo expresa en términos de resistencia a los procedimientos algorítmicos cuando afirma que “la medicina clínica non è una attività algoritmica (cioè affidata solamente all’applicazione corretta di regole definite), ma euristica (nella quale le regole ci sono, ma d’applicare di volta in volta a situazioni diverse).” (143)

Los casos clínicos, en efecto, generan un conocimiento de lo particular pero que puede ser compartido y aprovechado en el seno de una comunidad de práctica de tipo profesional. De ahí que en las revistas con esa orientación tengan una amplia aceptación y sean uno de los géneros más leídos por los suscriptores (Salvador, Macián & Marín).

Pero, además de eso, el género es interesante desde nuestra perspectiva en este artículo porque, en primer término, supone una revalorización del modelo de discurso narrativo en el mundo del conocimiento científico; y en segundo término, porque el relato (R_1), un texto escrito que aparece en la revista especializada, no es producido exclusivamente por el profesional, sino que este parte de otro relato previo, de carácter eminentemente oral, el del paciente (R_0). Lo podemos sintetizar en el siguiente esquema

Relato dentro del relato:

- **Relato₀**: Historia clínica referida por el paciente o eventual acompañante (y a veces complementado con un historial clínico elaborado por otros profesionales. Punto crítico: motivo de consulta.
- **Relato₁**: Narración del profesional que refiere todo el proceso (historia clínica, motivo de la consulta, pruebas clínicas, diagnóstico, evolución del tratamiento y resultados finales). La historia clínica y el motivo de la consulta constituyen el **Relato₀**, que está encastrado en el **Relato₁**.

Eventuales marcas explícitas de encastramiento:

- Expresiones como “el paciente refiere”.
- Muestras de selección y evaluación de **R₀** por parte del enunciador del **R₁** (profesional).
- Combinación de formas verbales en presente (presente histórico) y de pasado (principalmente pretérito indefinido).
- Uso de terminología especializada poco verosímil en boca del paciente y, en ocasiones, expresiones de este citadas en estilo directo.

También podemos verlo expresado gráficamente en la Figura 1:

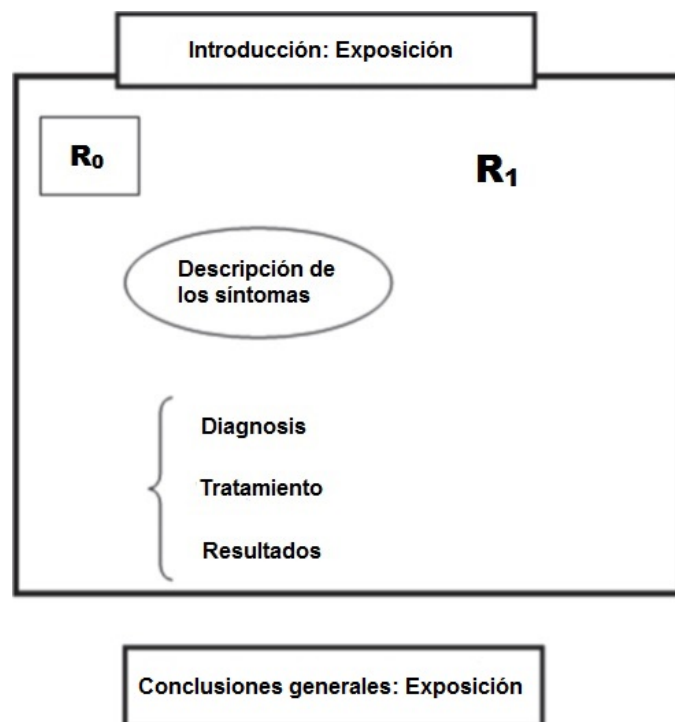


Figura 1. El caso clínico como relato

De hecho, para el analista del discurso el caso clínico es un objeto de estudio muy sugestivo, donde se pueden distinguir, como hemos visto, dos planos narrativos superpuestos: a) la narración del paciente (**R₀**), que se realiza en el marco de una interacción dialógica donde se formulan preguntas, ruegos o se elicitan informaciones y donde los factores extraverbales (gestos, imágenes, contexto situacional, etc. que desempeñan también un papel relevante); b) la composición escrita del profesional (**R₁**), que subsume el relato anterior y lo modela con la finalidad de ser presentado a sus

colegas y procurarles una utilidad práctica. (Salvador 2016). Como es lógico, este R_1 se inscribe además en el discurso de la revista especializada, generalmente por medio de una introducción expositiva y de una ponderación final de la relevancia epistemológica del caso referido. Pero ello no invalida el predominio de la secuencia narrativa, lo que demuestra la potencia heurística de este modelo discursivo, y al mismo tiempo la ductilidad del género para traspasar las fronteras del discurso de especialidad y abrirse al público externo, como ahora veremos.

4. Discursos endógenos se abren al consumo externo y adquieren resonancia pública

4.1. Revistas profesionales y medios de comunicación de masas

Como hemos visto más arriba, la revista británica *The Lancet* ofrece, especialmente por medio de sus editoriales, una muestra de orientación activa a la opinión pública. Tal como ocurre con otras revistas científicas que combinan prestigio académico y capacidad de influir en la opinión pública –*Nature* sería otro caso paradigmático–, *The Lancet* ha dado, en fechas muy recientes, ocasión de comprobar este mecanismo por el cual se trasciende el ámbito de la revista de especialidad por la resonancia que ciertos artículos suyos alcanzan en la prensa común y en otros medios de comunicación. Este el caso de un estudio publicado en dicha revista –de acceso libre– el 15 de marzo de 2017, coincidiendo con el sexto aniversario del inicio de la guerra de Siria. El mismo día de la aparición del número correspondiente de la revista *on line*, distintos medios de comunicación se hacían eco de su contenido, donde se reflexionaba precisamente sobre los ataques sistemáticos a los hospitales, a las instalaciones y a los profesionales de la salud, con lo que los atacantes –muy mayoritariamente las tropas del gobierno sirio– conseguían el doble efecto destructor de bombardear un objetivo (no militar) y dejar sin recursos sanitarios a las futuras víctimas de esa larga guerra. El texto que aparecía en la página web de la Cadena SER nos servirá de ilustración:

Una investigación (dirigida por la Universidad Americana de Beirut) advierte que durante la guerra de Siria se ha asesinado ya a 814 médicos y enfermeras entre los años 2011 y 2017. Además, sólo durante el 2016, se realizaron casi 200 ataques a centros médicos destinados a la población civil.

Este estudio, que se publica hoy en *The Lancet* cuando se cumplen seis años de este conflicto bélico, es el primero que analiza su impacto global sobre los trabajadores de la salud.

(http://cadenaser.com/ser/2017/03/14/ciencia/1489502245_943322.html)

La escalofriante noticia de este procedimiento sistemático de destrucción es analizada en la revista médica con una dimensión muy patente de civismo y conciencia antibelicista pero, al mismo tiempo, los profesionales de la salud adquieren en ella un protagonismo innegable que concuerda con el legítimo interés de la revista por difundir una imagen que engrandece a esas profesiones.

Se trata de un ejemplo en que las páginas de una publicación médica son utilizadas como fuente de información –y de opinión– por los medios de comunicación de masas, con lo cual se traspasa una frontera que es en sí porosa. Algo parecido suele ocurrir con los descubrimientos de la biomedicina o de la genética que se presentan en revistas médicas y son utilizados como fuente por los medios de masas.

Ahora bien, hay otro caso más evidente aún de exteriorización de discursos endógenos de las profesiones sanitarias: la publicación de autobiografías de sus miembros en el circuito editorial.

4.2. Autobiografías

Las autobiografías de profesionales de la salud son piezas clave para comprender el significado social de sus respectivas profesiones (Salvador 2015). Una autobiografía es, en el fondo, la construcción retrospectiva de un proyecto vital. La autobiografía de cualquier profesional tiene como factor decisivo el desarrollo de su profesión a lo largo de la vida, un rasgo esencial de su identidad personal. Dicho de otra manera: se trata de presentar narrativamente no solo lo que se ha hecho en la vida sino lo que *se es*.

Por otra parte, el hecho de que haya muchas más autobiografías de médicos que de enfermeras se debe a unos condicionamientos históricos: de entrada, la escasez de mujeres escritoras en una estructura patriarcal; y además, la mayor “brillantez” o lucimiento de la profesión médica, especialmente en una sociedad donde el hombre goza de mayor protagonismo en el plano profesional.

Sin duda puede considerarse la profesión médica como una modalidad de las profesiones científicas, ya que exige una larga preparación universitaria, unas duras condiciones académicas de acceso a la profesión, y también un cierto carácter vocacional, factores que se encuentran así mismo en las carreras propiamente científicas. Ahora bien, la medicina tiene su perfil propio por el hecho de que se aproxima al núcleo duro del profesionalismo. Esto se debe a distintas razones. En primer lugar, se debe al hecho de que la medicina no se ejerce desde un laboratorio aislado, sino en una actividad cotidiana que se comparte con los colegas (en la interacción de un equipo hospitalario, por ejemplo) y también, en buena medida, con los pacientes, tal como ocurre en el conjunto de las llamadas *helping professions*. En definitiva, la comunidad de práctica de los médicos y de otros colectivos de las profesiones sanitarias incluye, en un cierto sentido, a sus pacientes.

Otra especificidad de las profesiones sanitarias es la enorme dificultad de proyectar sistemáticamente las leyes científicas generales sobre los casos particulares. Las ciencias médicas son ciencias destinadas a la aplicación, y esa aplicación se ejerce sobre organismos vivos que poseen una condición humana irreductible y una dignidad personal. El enorme incremento de complejidad que corresponde a las ciencias de la salud hace que para estas sea más difícil adquirir el conocimiento *nomotético* que es propio de las ciencias prototípicas como la física o la química. En ese ámbito se explica que en la praxis médica sea muy relevante para los profesionales un concepto clásico: el de *frónesis* o prudencia en la toma de decisiones respecto a los casos concretos de los pacientes (Camps 2007).

Pero además, como acabamos de indicar, debemos considerar otro factor específico: la autobiografía de un profesional de la salud consiste, parcialmente, en fragmentos de las biografías de sus pacientes, de las patografías de estos. Si el científico prototípico descubre secretos de la naturaleza y reflexiona sobre los procesos que conducen a tales descubrimientos, el médico no actúa tanto sobre enfermedades (*diseases*) como sobre casos de dolencias (*illness*) personalizadas, donde se involucran el sufrimiento de sus protagonistas y las complejas particularidades sus historias de vida. En consecuencia, esa interacción reiterada con los pacientes es una fuente primordial de experiencia vital y un motivo de reflexión propiamente autobiográfica.

Naturalmente, estas autobiografías tienen, por el mero hecho de publicarse, una proyección sobre la opinión pública, sobre la percepción social de las profesiones sanitarias. La mirada retrospectiva de sus autores es sin duda un ejercicio de autoconstrucción identitaria donde la profesión es absolutamente medular pero, al mismo tiempo, es una práctica de legitimación ante la galería de los lectores, de la sociedad. La autobiografía póstuma de Oliver Sacks, *On the move: A life*, es un ejemplo muy reciente que ilustra esta perspectiva.

Es frecuente, por otra parte, que las autobiografías deriven hacia una especie de texto divulgativo que da a conocer los entresijos de la profesión al público en general o a los futuros profesionales: una especie de “carta al joven” que se inicia en ello. Así ocurre, por ejemplo, en *Ser médico*, de Miquel Vilardell, una combinación de relato autobiográfico y reflexión sobre el ejercicio de la medicina. También en la obra de Jerome Groopman *¿Me está escuchando, doctor?: Un viaje por la mente de los médicos* encontramos ingredientes autobiográficos entremezclados con una disección de la conducta de estos profesionales de la salud, con especial insistencia en la necesidad, que Groopman postula, de escuchar atentamente al paciente en el marco de la interacción clínica. Más radical en la crítica –al borde de la denuncia– es el reciente libro del doctor Salvador Esquena, médico catalán que reclama a sus colegas una actitud de empatía y de recontextualización por la cual el facultativo sea capaz de adoptar el punto de vista de sus pacientes: *En la pell del pacient*.

Como se ha dicho, la profesión enfermera dispone de menos textos autobiográficos, al menos hasta tiempos muy recientes. Se ha estudiado, sin embargo, la incidencia de los contextos bélicos –y concretamente la guerra civil americana– como estímulo para estas autobiografías de enfermeras, que contribuyen a la construcción de la profesión (Choperena). Y hay que destacar un texto capital como el de Elizabeth Kenny, la enfermera australiana que luchó denodadamente contra la poliomielitis, defendiendo ante la clase médica la eficacia de sus tratamientos. Su relato autobiográfico, escrito en colaboración con Martha Ostenso, se publicó en 1943 con el título *And they shall walk: The life story of Sister Elizabeth Kenny* y en él se basa también el film de 1946 que se tradujo en España como *Amor sublime*. Curiosamente, el tema de la poliomielitis ha dejado un largo rastro en la literatura y en el cine (Collado-Vázquez).

5. Obras de ficción, discursos externos y representaciones sociales

La imagen social de las profesiones sanitarias se construye con los dos factores antes mencionados: los discursos regulativos que configuran la institución sanitaria y los discursos producidos por los miembros de esa comunidad profesional. La tercera categoría de discursos consiste en los discursos externos que contribuyen a configurar la representación de dichas profesiones en el imaginario colectivo, en el bien entendido de que estos discursos externos pueden tener su origen, como acabamos de comprobar por referencia a Elizabeth Kenny, en textos producidos por miembros de las comunidades profesionales de referencia. Ciertamente, lo más relevante a este respecto no es el origen endógeno o exógeno de esos textos sino el hecho de que se destinen a la circulación pública y, por lo tanto, coadyuven a la creación de determinadas representaciones sociales de las profesiones correspondientes.

Por lo que respecta a los relatos de ficción, novelísticos o cinematográficos, casos abundantes de médicos escritores que personifican la relación entre medicina y literatura, quizá debido al hecho que la experiencia de este ámbito conmueve porque toca en lo más profundo de la condición humana y por eso mismo facilita argumentos de gran interés (Navarro). En efecto, desde Chejov o Pío Baroja hasta Martín Santos o Noah Gordon, la nómina de autores que proceden de ese campo profesional son muy numerosos. Destacaríamos ahora, como ilustración, un ejemplo reciente, el del médico argelino Marc Zaffran, quien, bajo el pseudónimo de Martin Winkler, es autor de una original novela traducida del francés al español con el título de *Las confesiones del doctor Sachs (La maladie de Sachs)*, llevada también a la gran pantalla, en la cual la vida de un médico de provincias es narrada desde el punto de vista de sus pacientes.

Independientemente de la profesión de sus autores, los relatos de ficción que incorporan personajes de esta profesión, son muy abundantes en la historia de la

literatura. De hecho, el médico ha sido un personaje literario desde hace muchos siglos, bien como objeto de sátira o burla humorística, bien como héroe o incluso como representante de la regeneración y de la conciencia ética del intelectual, tal como sucede con el protagonista de *Un enemigo del pueblo* (*En folkefiende*), de Ibsen. Así, la figura del médico como héroe esforzado, aparece en obras de ficción que presentan un médico rural, generoso y desinteresado, un hombre que toma decisiones en solitario y que, con los medios más elementales a su alcance, lucha por salvar las vidas de sus pacientes, curar sus enfermedades o aconsejarles paternalmente. En estos casos el doctor es una especie de guía espiritual de la comunidad. Por otro lado, encontramos también la figura del antihéroe, el médico malvado y cruel que ejerce sus poderes como agente del mal: así ocurre, por ejemplo, en filmes sobre experimentos nazis -el Dr. Mengele, entre otros- o en horizontes futuristas de ciencia ficción -como en *La isla del doctor Moreau*, inspirada en la obra homónima de H. G. Wells (*The island of Dr. Moreau*). Todo este mundo literario ha sido muy productivo como repertorio de asuntos para el cine, donde la figura del médico ocupa un nutrido grupo de filmes (Herrerros; Polo & Ferrer).

Por lo que se refiere a la enfermera -en femenino, puesto que es prototípicamente una mujer-, su rasgo característico es la abnegación, un heroísmo callado, silencioso. Según el estereotipo forjado durante años, su función es la de *cuidar* a los enfermos, mientras que la del médico es la de *curar*, sanar, luchar contra la enfermedad y la muerte. Entre los dos conforman una pareja complementaria (padre y madre), asimétrica, en un marco en el que la enfermera carece de autonomía. Su función se destaca especialmente en situaciones bélicas, como la primera guerra mundial en *Adiós a las armas* (*A farewell to arms*) de Hemingway, a veces con un componente amoroso (en relación con algún herido o incluso con el doctor). Por supuesto, también aquí hay una variedad tipológica que va, des de la enfermera casi monja o dama victoriana, hasta la luchadora irreductible, o bien el *sex symbol* (piénsese en alguna películas españolas de la época del llamado “destape”) y, también, la enfermera cruel, como en *Alguien voló sobre el nido del cuco* (*One flew over the cuckoo's nest*) o en *Johnny cogió su fusil* (*Johnny got his gun*). Toda esta tipología ha dado un juego muy dinámico en la cinematografía (Icart Isern). Cabría añadir a este panorama tipológico de la enfermería los casos -excepcionales, eso sí- en que la profesión se encarna en un hombre, como por ejemplo en *Los padres de ella* (*Meet the parents*) o en *Hable con ella*, de Pedro Almodóvar.

Ahora bien, entre el espacio propio del médico rural o de provincia -la consulta, pública o privada- de las novelas clásicas sobre médicos del siglo XX y el moderno hospital tecnologizado, hay una gran distancia. El contexto hospitalario es adecuado para mostrar el trabajo coordinado en grandes equipos de profesionales y exhibir las nuevas tecnologías biomédicas. Diríamos que se trata de *cronotopos* bien diferenciados, que reclaman unas acciones y unos perfiles de personajes diferentes. En efecto, en el gran hospital hay más movimiento, más tecnología, más variedad de personal sanitario, más diversificación de las funciones de este, menos autonomía de los profesionales, que se convierten en piezas de una maquinaria supervisada por gestores. Y un contingente de pacientes más numeroso y cambiante. Los tipos de relato correspondientes son, por tanto, distintos: el primero es el de la gran novela de corte tradicional (o su versión filmica), mientras que el segundo se adecua más a la sucesión de episodios en la teleserie. Ambos tipos de relato han contribuido a la configuración de unas representaciones sociales de la medicina y la enfermería, en sus múltiples especialidades y categorías.

6. Coda: evolución y perspectivas en la profesión enfermera

Hemos examinado una serie de prácticas discursivas –regulativas, endógenas y externas o externalizadas, a menudo ficcionales- que tienen un peso enorme en la construcción social de las principales profesiones de la salud, en un proceso histórico que hoy se ve sujeto a cambios importantes. A lo largo de siglos, las profesiones sanitarias han ido constituyéndose y transformándose, en función de los contextos sociohistóricos y culturales. Han experimentado una dinámica de tensiones recíprocas entre ellas, en busca de identidades grupales y de márgenes de autonomía. Sus representaciones sociales se han transformado también en profundidad, y de los doctores denostados por su ineficacia, charlatanería o avaricia, se pasó a la figura del médico humano y comprometido, y posteriormente a la del gestor de la biotecnología avanzada, con alto riesgo de deshumanización comunicadora y de deriva hacia una cierta “macdonalización” de la sanidad.

La figura de la enfermera tradicional, tal como la diseñó para el mundo anglosajón Nightingale en sus *Notes on nursing*, ha experimentado también mudanzas notables, en el sentido de búsqueda de autonomía (Hernández Yáñez), de movimiento hacia la *desfeminización* (Canals i Sala) y de reivindicaciones laborales y éticas, más allá del estereotipo del angelismo benefactor.

La profesión enfermera tiene sus raíces históricas en la abnegación de unas mujeres –a menudo religiosas- que *profesaban* al servicio de los enfermos y a las órdenes de un doctor. La vinculación al género femenino y la renuncia a la autonomía en el ejercicio profesional forman parte de sus primeras señas de identidad histórica.

Esos rasgos constitutivos originarios han marcado la trayectoria de la profesión hasta la época actual: a) adscripción de género; b) vocación de servicio; c) supeditación a los médicos. Ni la atención que la profesión merece en la novelística y la cinematografía que toman como objeto las retaguardias bélicas (a partir sobre todo de la primera Gran Guerra), ni la secularización progresiva de la profesión –que conducía a menudo a un discurso machista hacia el arquetipo de la mujer objeto de deseo-, modificaron sustancialmente esas características hasta una época muy reciente. La sombra de la *metáfora de la familia feliz* (el médico en el papel de padre poderoso i sanador, la enfermera como madre cuidadora y los pacientes como criaturas) es alargada, va cargada de ideología conservadora y planea sobre los estereotipos de la profesión.

El proceso de transformación de la profesión ha ido neutralizando esos rasgos originarios, a partir sobre todo de la regulación de su formación universitaria y del acceso de numerosos hombres a ese ejercicio profesional. Por supuesto, el componente vocacional ha desaparecido o se ha mitigado drásticamente, cediendo el paso a la responsabilidad ética, a las reivindicaciones laborales y a la concienciación profesional.

El discurso actual sobre la enfermería es radicalmente nuevo, pero no deja de mantener ciertas huellas imperceptibles de su pasado, que no por negadas son menos evidentes para el analista. En particular, por lo que respecta a la tensión constitutiva respecto a la profesión médica y en la propia heterogeneidad de la categoría “enfermería”, muy en especial cuando muchas de las especialidades enfermeras se desempeñan en centros hospitalarios, donde la cohabitación interprofesional es inevitable. Esta aportación nuestra no puede ir más allá de un sucinto análisis discursivo de las tensiones que caracterizan la dinámica de las profesiones sanitarias y la remodelación de sus identidades colectivas.

Obras citadas

- Barona, J. Ll. *Introducción a la medicina*. València: PUV, 1990.
- Biasi-Rodrigues, B. et al. *Gêneros textuais e comunidades discursivas: Um diálogo com John Swales*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- Berger, P. L. & Th. Luckmann. *The social construction of reality: A treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Penguin Books, 1966.
- Camps, V. “La excelencia en las profesiones sanitarias.” *Revista Humanitas. Humanidades medicas* 21 (2007).
- Canals i Sala, J. *La desfeminització de la infermeria (Tecnologia, ideologies i divisió sexual del treball en l'evolució d'una professió)*, treball d'investigació inèdit. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Choperena, A. “Autobiografías de enfermeras: la profesionalización de enfermería durante las guerras.” *Cultura de los Cuidados* 34 (2012): 51-55.
- Collado-Vázquez, S. et al. “La poliomielitis en la literatura, el cine y la televisión.” *Rev Neurol* 59 (7) (2014): 317-326.
- Cosmacini, G. *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2013.
- Cruess, R. L. & S. R. Cruess. “El credencialismo como garantía de calidad en el contexto social. Relaciones con el profesionalismo médico.” En *La profesión médica y los retos del milenio*. Monografías Humanitas nº7. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2004.
- Esquena, S. *En la pell del pacient*. Barcelona: Ara, 2016.
- Esteva de Sagra, J. *Historia de la Farmacia. Los medicamentos, la riqueza y el bienestar*. Barcelona: Masson, 2005.
- Fernández Ruiz, M. L. *Prescripción enfermera: situación actual, problemas y alternativas*. Documento de trabajo: Fundación Alternativas 194, 2016. Disponible en: http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/3e9d831e3751f125aa4d76e7a9d490fb.pdf [18/01/2016]
- Gargantilla, P. *Breve historia de la medicina. Del chaman a la gripe A*. Madrid: Nowtilus, 2011.
- Goyal, R. “Narration in Medicine.” En P. Hühn et al. eds. *The Living Handbook of Narratology*. Hamburg: Hamburg University, 2013.
- Groopman, J. *¿Me está escuchando, doctor?: Un viaje por la mente de los médicos*. Barcelona: RBA Libros, 2008.
- Gunnarsson, Britt-Louise. *Professional Discourse*. London/New York: Continuum, 2009.
- Hernández Yáñez, J. F. *La enfermería frente al espejo: mitos y realidades*. Documentos de trabajo (Laboratorio de alternativas) 162, 2010.
- Herreros, B. *El médico en el cine. Anatomía de una profesión*. Madrid: T&B eds., 2011.
- Icart, María Teresa ed. *Enfermeras en el cine. La profesión en imágenes*. Barcelona: UB, 2015.
- Kenny, E. & M. Ostenso. *And They Shall Walk: The Life Story of Sister Elizabeth Kenny*. New York: Dodd, Mead & Company, 1943.
- Lonardi, C. *Racconti di cefalea. Aprocchio biografico alla malattia crónica*. Verona: QuiEdit, 2006.
- Macián, C. *La construcción discursiva de la profesión podológica: aplicación al análisis de un corpus de revistas especializadas*, Tesis Doctoral. Castelló: Universitat Jaume I, Departament de Filologia i Cultures Europees, 2014.

- Disponible en: www.tesisenred.net/handle/10803/285099. [15/12/2015]
- Mason, D. J. et al. eds. *The nursing profession. Development, challenges, and opportunities*. San Francisco: Jossey Bass, 2011.
- Massip-Bonet, À. & A. Bastardas-Boada eds. *Complexity perspectives on language, communication and society*. Heidelberg: Springer, 2014.
- Morales-López, E., & A. Floyd eds. *Developing New Identities in Social Conflicts. Constructivist perspectives*. Amsterdam: Benjamins, 2017.
- Navarro, F. A. *Medicina en español II. Laboratorio del lenguaje: florilegio de recomendaciones, dudas, etimologías, errores, anglicismos y curiosidades varias del lenguaje médico*. Madrid: MEDES, 2016.
- Polo, C. & A. Ferrer eds. *¿Qué me pasa, doctor? Cine y medicina*. València: MuVIM, 2012.
- Sabaj, O. & C. González. “Seis propósitos comunicativos del discurso del editor de las revistas científicas.” *DELTA*, 29 (1) (2013): 59-78.
- Sacks, O. *On the Move: A Life*. New York: Alfred A. Knopf, 2015.
- Salvador, V. “Un nuevo modelo de discurso biográfico: los casos clínicos literaturizados de Oliver Sacks.” En E. Balaguer et al. *Aproximació a l'altre: Biografies, semblances i retrats*. Àmsterdam: Benjamins, 2014. 9-16.
- . “Autorrelato e identidades profesionales: Sobre autobiografías de científicos y médicos.” *Annali di Ca'Foscari. Serie Occidentali* 49 (2015): 57-74.
- . “The Clinical Case Report as a Discourse Genre in the context of Professional Training” En Núria Edo & Pilar Ordóñez eds. *Medical Discourse in Professional, Academic and Popular Settings*. Bristol: Multilingual Matters, 2016. 31-53.
- Salvador, V., C. Macián & M. J. Marín. “La construcción de las profesiones sanitarias a través de las revistas especializadas.” *Discurso & Sociedad* 7 (1) (2013): 73-96.
- Swales, J. M. *Genre Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Tortolo, M. “Entrevista a la Dra. Rita Charon en Nueva York.” *IntraMed* (04/04/2011).
Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69837>.
- Vilardell, M. *Ser médico. El arte y el oficio de curar*. Barcelona: Plataforma, 2009.
- Wenger, É. *Communities of practice: learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Winckler, M. *Las confesiones del doctor Sachs*. Madrid: Akal, 1999.
- Wodak, R. & M. Meyer eds. *Methods of Critical Discourse Analysis* (2nd revised edition). London: Sage, 2009.