

Caracterización lingüístico-discursiva de los mecanismos de despersonalización y posicionamiento del autor en el género médico FICHA CLÍNICA

DAVID SÁNCHEZ-JIMÉNEZ

CUNY New York City College of Technology
(Estados Unidos)
dsanchezjimenez@citytech.cuny.edu
<http://orcid.org/0000-0003-4764-0470>

PAULINA MEZA

Universidad de la Serena (Chile)
pmeza@userena.cl
<http://orcid.org/0000-0001-8300-9681>

Cómo citar:

Sánchez-Jiménez, D. y Meza, P. (2024): "Caracterización lingüístico-discursiva de los mecanismos de despersonalización y posicionamiento del autor en el género médico FICHA CLÍNICA", *Pragmalingüística*, 32, pp. 355-384. <https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2024.i32.14>

CARACTERIZACIÓN LINGÜÍSTICO-DISCURSIVA DE LOS MECANISMOS DE DESPERSONALIZACIÓN Y POSICIONAMIENTO DEL AUTOR EN EL GÉNERO MÉDICO FICHA CLÍNICA

RESUMEN: El dominio de géneros especializados es una competencia que representa gran dificultad para los estudiantes en formación. Su falta de dominio puede impedir o retrasar el proceso de enculturación de un individuo en una comunidad. Para formar adecuadamente a los estudiantes en las prácticas discursivas disciplinares, son necesarios datos empíricos sobre las características lingüístico-discursivas de los textos que deben producir. El objetivo de esta investigación cualitativa es describir los recursos lingüístico-discursivos de despersonalización y posicionamiento del autor en el género médico FICHA CLÍNICA. El corpus está constituido por 52 FICHAS CLÍNICAS producidas por estudiantes de medicina de una universidad chilena. Como principales resultados, ofrecemos una descripción de la estructura esquemática de la FICHA CLÍNICA, y una taxonomía de los recursos lingüístico-discursivos empleados para visualizar u ocultar la voz del autor en cada una de sus partes. Los resultados pueden ser útiles para favorecer una didáctica de la escritura en medicina.

LINGUISTIC-DISCURSIVE CHARACTERIZATION OF DEPERSONALIZATION AND POSITIONING FEATURES IN THE MEDICAL RECORD GENRE

ABSTRACT: The mastery of specialized genres is a competence that represents a great difficulty for students in training. Their lack of mastery can impede or delay the process of enculturation of an individual in a community. In order to adequately train students in disciplinary discursive practices, empirical data on the linguistic-discursive characteristics of the texts they must produce are necessary. Within the framework of the qualitative research type, this study aims to describe the linguistic and discursive features of depersonalization and positioning in the medical genre MEDICAL RECORD. The corpus compiles 52 medical records produced by medical students at a Chilean university. The results of the study show the schematic structure of the medical record, and a taxonomy of the diverse linguistic and discursive features used to position or hide the author's voice in each of its sections. These results would be useful to implement a pedagogy of this written medical genre.

CARACTÉRISTIQUES LINGUISTIQUES ET DISCURSIVES DE LA DÉPERSONNALISATION ET DU POSITIONNEMENT DANS LE GENRE DU DOSSIER MÉDICAL

RÉSUMÉ : La maîtrise des genres spécialisés est une compétence qui représente une grande difficulté pour les étudiants en formation. Leur manque de maîtrise peut entraver ou retarder le processus d'enculturation d'un individu dans une communauté. Afin de former adéquatement les étudiants aux pratiques discursives disciplinaires, il est nécessaire de disposer de données empiriques sur les caractéristiques linguistico-discursives des textes qu'ils doivent produire. Dans le cadre d'une recherche qualitative, cette étude vise à décrire les caractéristiques linguistiques et discursives de la dépersonnalisation et du positionnement dans le genre DOSSIER MÉDICAL. Le corpus est constitué par 52 DOSSIERS MÉDICAUX produits par des étudiants en médecine d'une université chilienne. Les résultats de l'étude montrent la structure schématique du dossier médical et une taxonomie des diverses caractéristiques linguistiques et discursives utilisées pour positionner ou cacher la voix de l'auteur dans chacune de ses sections. Ces résultats seraient utiles pour mettre en œuvre une pédagogie de ce genre médical écrit.

PALABRAS CLAVE: FICHA CLÍNICA; lenguaje especializado médico; géneros discursivos; escritura académica; análisis del discurso.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Marco teórico. 3. Marco metodológico. 4. Análisis y discusión de resultados. 5. Conclusiones. 6. Referencias bibliográficas.

KEYWORDS: MEDICAL RECORD; medical specialized language; discursive genres; academic writing; discourse analysis.

SUMMARY: 1. Introduction. 2. Theoretical framework. 3. Methodological framework. 4. Analysis and discussion of results. 5. Conclusions. 6. References.

MOTS-CLÉS : DOSSIER MÉDICAL; langage spécialisé médical; genres discursifs; écriture académique; analyse du discours.

SOMMAIRE : 1. Introduction. 2. Cadre théorique. 3. Cadre méthodologique. 4. Analyse et discussion des résultats. 5. Conclusions. 6. Références bibliographiques.

1. Introducción

El dominio de los géneros académicos es una habilidad fundamental en la formación de estudiantes de cualquier disciplina y, además, es una de las competencias que mayor dificultad representa para los estudiantes en formación. Esta dificultad aumenta aún más en disciplinas altamente especializadas, como, por ejemplo, la de medicina, debido a sus particularidades técnicas. De hecho, se ha evidenciado que los estudiantes de las profesiones médicas, generalmente, carecen de las habilidades de escritura necesarias para completar con éxito su formación académica y profesional (Meza *et al.*, 2021; Meza *et al.*, 2022; Sánchez-Jiménez, 2024). En este contexto, la falta de dominio de las convenciones discursivas particulares de una disciplina imposibilita que sus miembros puedan comprender y producir adecuadamente los textos propios de su área de especialidad. Esto puede impedir o retrasar el proceso de enculturación de un individuo en la comunidad disciplinaria de su interés. Por ello, para formar adecuadamente a los estudiantes en las prácticas discursivas propias de su disciplina, es necesario contar con datos empíricos sobre las características lingüístico-discursivas de los textos que deben producir (Johns *et al.*, 2006).

En medicina, desde un punto de vista lingüístico-discursivo, los géneros médicos han sido profusamente estudiados, sobre todo, en inglés. Se ha prestado especial atención al Artículo de Investigación (Díaz, Morales y Cassany, 2015; Ghadyani y Tahirian, 2015; Yang, Zheng y Guang-Chung, 2015; entre otros). Otros géneros médicos que también han reclamado la atención de la Lingüística, aunque en menor medida, han sido el Caso Clínico (Muñoz, 2011; Burdiles, 2012, 2016), la Anamnesis Próxima (Medina, 2016, 2017), el Resumen de la revista de medicina (Ciapuscio, 1998), los Editoriales Médicos (Ariza y Salager-Meyer, 2002; Gallardo, 2018), la Tesis Doctoral (Sánchez-Jiménez, 2020) o los Med-E-Pops (Hernando-Rodrigo, 2022).

Un género fundamental en el desempeño profesional de un médico es, sin duda, la FICHA CLÍNICA, razón por la cual se han desarrollado numerosas publicaciones que describen la historia, las funciones, las implicaciones legales y el contenido de este género (González y Luna,

2012; Ramos y Arenas, 2013; Román-Belmonte, 2015, Godoy y Barraza, 2018; Sánchez-Jiménez, 2023; entre otros). A pesar de esto, no abundan las descripciones lingüístico-discursivas sobre este tipo de texto (Prieta-Miralles, 2002; Pozzi y Cazés, 2004). La investigación en torno a la FICHA CLÍNICA se ha llevado a cabo, más bien, desde el punto de vista jurídico (Antomás y Huarte, 2011; Ramos y Arenas, 2013; Godoy y Barraza, 2018), histórico y funcional clínico (González y Luna, 2012; Román-Belmonte, 2015). Dentro del plano pedagógico, se ha desarrollado una rúbrica para evaluar el contenido de las FICHAS CLÍNICAS producidas por médicos en formación (Arribalzaga, 2016), y otra para valorar su calidad lingüístico-discursiva (Meza y González-Catalán, 2020).

Desde este marco, en la presente investigación caracterizamos el género FICHA CLÍNICA, producido por estudiantes de medicina durante su formación, desde un punto de vista lingüístico-discursivo. Más específicamente, describimos los recursos lingüístico-discursivos de despersonalización y posicionamiento del autor en el género médico FICHA CLÍNICA. Para ello, desarrollamos una investigación cualitativa, con un método de análisis de datos inductivo-deductivo en paralelo (Tognini-Bonelli, 2001). El corpus de análisis está constituido por 52 FICHAS CLÍNICAS producidas en una universidad regional chilena.

2. Marco Teórico

En este apartado, desarrollamos brevemente los conceptos teóricos centrales que sustentan esta investigación.

2.1. El GÉNERO FICHA CLÍNICA

La FICHA CLÍNICA, también denominada historia clínica, registro médico, expediente médico o prontuario clínico (González y Luna, 2012), es el género más importante en la práctica médica, ya que es un documento esencial de referencia para todo el equipo de salud en un centro médico (Castillo, 2004). Además, cuenta con múltiples aplicaciones que definen sus diversos usos y propósitos para fines administrativos, asistenciales, legales, docentes, investigativos, sociales y de control de calidad (González y Luna, 2012; Ramos y Arenas, 2013; Román-Belmonte, 2015; Arribalzaga, 2016; Godoy y Barraza, 2018). De acuerdo con la tipología planteada por Faya (2016), la FICHA CLÍNICA corresponde a un tipo de texto expositivo + instructivo, utilizado en el marco de la comunicación especializada.

González y Luna (2012: 76) definen la FICHA CLÍNICA como: «un conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial». Como documento de re-

ferencia, resulta imprescindible para conocer no solo el cuadro clínico completo del paciente, sino también la evolución de los procedimientos, análisis y medicamentos utilizados por el equipo médico en el proceso de la enfermedad (Pozzi y Cazés, 2004). Esta información permite monitorear la condición del paciente para tomar las decisiones más convenientes que procuren la mejora de su salud en cada momento. Debido a las consecuencias de estas intervenciones, este documento está altamente regulado mediante disposiciones legales estipuladas rigurosamente (véase Antomás y Huarte, 2011; González y Luna, 2012; Ramos y Arenas, 2013; Godoy y Barraza, 2018).

La redacción de FICHAS CLÍNICAS es una experiencia habitual que sucede a diario en clínicas y hospitales, pero también como práctica en las universidades en las que se prepara a los estudiantes de medicina. Este es precisamente el documento recogido en el corpus de nuestra investigación. Por lo tanto, no se analizan FICHAS CLÍNICAS reales elaboradas por el equipo médico, sino aquellas que modelan los discursos en su proceso de aprendizaje en la universidad como paso previo a su profesionalización. Este documento se prepara en el hospital con pacientes reales, pero su elaboración está supervisada por un médico-profesor experto que evalúa el resultado final propuesto por el estudiante. Este punto adquiere una importancia crucial, ya que la estructura de los textos asociados al género analizado varía en función de la disciplina médica específica y, también, del receptor al que se somete el escrito.

En cuanto a los recursos lingüístico-discursivos empleados en su elaboración, la descripción ha sido tradicionalmente escasa y apenas se ha explorado la importancia pedagógica que implica el manejo eficaz de estos aspectos instrumentales (Prieta-Miralles, 2002; Pozzi y Cazés, 2004; Sánchez-Jiménez, 2023). Otra dificultad a la hora de abordar este asunto se refiere a la condición heterogénea de las FICHAS CLÍNICAS, que se dividen en diversos tipos (Pozzi y Cazés, 2004) y según su evolución lingüística (estructura narrativa, inclusión de gráficos e infogramas, especulaciones clínicas, etc.) a lo largo de la historia (González y Luna, 2012; Román-Belmonte, 2015).

2.2. POSICIONAMIENTO Y DESPERSONALIZACIÓN

En términos generales, el posicionamiento se entiende como la expresión de sentimientos y valoraciones personales de un escritor. Más específicamente, dentro de la escritura académica, implica la explícitación de las actitudes que un escritor posee sobre la información que presenta en sus textos, así como el grado de certeza que tiene sobre su veracidad o su compromiso con esta. Para ello, se tendrá en cuenta la manera en la que el emisor ha accedido a la información o la perspectiva que adopta. Además, tiene relación con las actitudes

personales y la presencia del escritor en sus textos a través de marcas lingüísticas específicas como, por ejemplo, las marcas de actitud o las automenciones (Hyland, 2005; Biber, 2006; Crosthwaite, Cheung y Jiang, 2017).

El posicionamiento adquiere relevancia en la escritura académica, pues, tal como han reconocido diversos autores, la capacidad de evaluar el material propio y establecer una conexión con los lectores son características claves en este contexto de redacción (Hyland, 2004, 2012; Swales, 2004). Por tanto, el posicionamiento, como aseveran Sánchez-Jiménez y Meza (2022), es un aspecto de la comunicación académica que los autores necesitan articular de manera efectiva para lograr la credibilidad de sus juicios, así como también la adhesión a sus ideas, de forma de lograr consenso y solidaridad por parte de los miembros de su comunidad (Flowerdew, 2014; Want y Jiang, 2018). En consecuencia, estos elementos se han tenido en cuenta en el análisis de nuestro estudio para establecer las estrategias de posicionamiento utilizadas por los estudiantes.

Por otro lado, la despersonalización se entiende como un fenómeno discursivo consistente en evitar, a través de mecanismos lingüísticos concretos, aquellas marcas que señalen la presencia explícita y directa de las personas participantes en el discurso (Álvarez, 2013). La despersonalización se ha reconocido como una de las características centrales del lenguaje médico.

Entre los mecanismos de despersonalización que se utilizan en el discurso académico en español se pueden mencionar, por ejemplo, la tercera persona gramatical, las oraciones impersonales, las nominalizaciones, las formas no personales del verbo, etc. Todos ellos permiten que el locutor logre cierta distancia de aquello que se dice, borrando las marcas de subjetividad, de forma de presentar su discurso con un mayor grado de objetividad (Álvarez, 2013; Saldivia y Musci, 2019).

Si bien tanto el posicionamiento como la despersonalización son elementos recurrentes en la escritura académica, se ha señalado desde diversas perspectivas teóricas que las marcas de posicionamiento no son tan esperables en la escritura científica, la que, frecuentemente, privilegia la atenuación en el discurso (Biber, 2006; McGrath y Kuteeva, 2012; Crosthwaite, Cheung y Jiang, 2017). Además, tanto el posicionamiento como la despersonalización comparten la peculiaridad de que son mecanismos afectados por la cultura, la disciplina y la experiencia de los escritores (Crosthwaite, Cheung y Jiang, 2017; Sánchez-Jiménez, 2018) y, por ende, están sujetos a variación en el discurso científico.

En nuestro artículo, al referirnos a los recursos léxico-gramaticales de posicionamiento y despersonalización, ya que se trata de fenómenos generales, se prescinde de una exposición exhaustiva de cada uno de ellos. El lector puede encontrar una explicación detallada de estos

fenómenos en Gutiérrez (2004), García-Negróni (2008), Barrajón y Lávalle (2013) y Montolio (2014).

3. Marco metodológico

El objetivo general de esta investigación es describir los recursos lingüístico-discursivos de despersonalización y posicionamiento del autor en el género médico FICHA CLÍNICA. Concretamente, describimos la estructura esquemática de la FICHA CLÍNICA, la función que cumple cada una de las partes de dicha estructura y los elementos de despersonalización y posicionamiento que utilizan los estudiantes de medicina para ocultar o potenciar su voz en la redacción de este tipo de texto.

En el marco de una investigación cualitativa (Creswell y Creswell, 2018), como método de obtención de datos, seguimos un enfoque inductivo-deductivo en paralelo. Esto implica que para el análisis no se aplicó un modelo ya existente, por lo que no se trata de una investigación totalmente deductiva. Por el contrario, adoptamos una postura abierta frente a los textos que son objeto de estudio, a fin de que ellos guíaran la extracción de las categorías de análisis. A su vez, los responsables de la investigación poseen conocimientos previos sobre el tema, por lo que no resulta un procedimiento puramente inductivo (Tognini-Bonelli, 2001).

Complementariamente, se realizaron entrevistas en profundidad a 2 expertos médicos docentes que aportaron datos esenciales sobre la descripción del formato, estructura y uso de la FICHA CLÍNICA, como práctica didáctica en la universidad chilena. Se recurrió a un muestreo casual, pues la selección de los entrevistados respondió a los criterios facilidad y voluntad de acceso, aunque procurando que los informantes respondieran a los objetivos de la investigación. Más específicamente, se desarrolló un intercambio de tipo no estructurado, en el que se utilizaron preguntas con respuesta abierta, orientadas a la comprensión de una realidad (Ruiz, 2012). Como se señala en Meza y González-Catalán (2020, p.20), el número de entrevistados “se justifica por el alto nivel de especialización de los textos revisados y de los informantes entrevistados”.

El corpus de análisis forma parte de un corpus más amplio, recogido en el marco de la investigación mayor en la que se inserta este trabajo (FONDECYT N°111170128). En esta investigación, utilizamos el subcorpus de medicina, que está compuesto por 58 textos (FICHA CLÍNICA y Estudio Familiar), y cuyo número de palabras asciende a 242.242. Concretamente, para este trabajo, analizamos las 52 FICHAS CLÍNICAS de TeProFAC-M, que fueron producidas por estudiantes de medicina de una universidad chilena regional. Para la recolección de textos, se cumplió con los estándares éticos establecidos por el Comité Ético Científico de la Universidad de La Serena y por el Comité Ético de la

Facultad de medicina de la institución donde se recogió el corpus. Entre dichos estándares cabe mencionar, por ejemplo, la entrega voluntaria de los textos, la firma de un consentimiento informado y la anonimización de la información sensible de los pacientes, entre otros.

Los procedimientos de análisis, sistematizados en la Figura 1, fueron llevados a cabo de forma independiente por dos investigadores. Para realizar la revisión de los textos del corpus, se siguió el método de saturación, vale decir, se analizaron los textos hasta que no se encontraron nuevos elementos (Martínez-Salgado, 2012). En concreto, cada analista examinó dos veces las FICHAS CLÍNICAS, para luego realizar un análisis cruzado de los datos que cada investigador identificó.

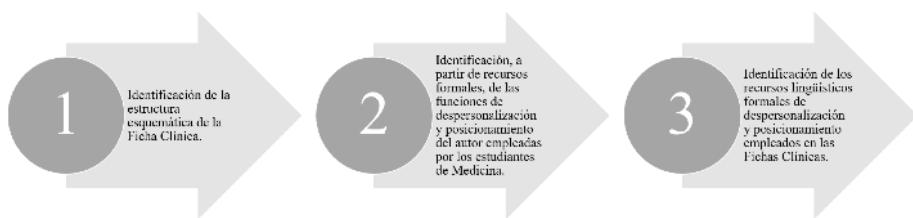


Figura 1: Síntesis de procedimientos de análisis. Fuente: Elaboración propia

4. Análisis y discusión de resultados

Este apartado se ha organizado en cuatro subapartados. En el primero, se caracteriza la estructura esquemática de la FICHA CLÍNICA. En el segundo, se presentan las estrategias de despersonalización y posicionamiento del autor. En el tercer punto, se exponen los recursos lingüísticos formales en la FICHA CLÍNICA. Finalmente, en el cuarto, se discuten los resultados de la investigación.

4.1. IDENTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA ESQUEMÁTICA DE LA FICHA CLÍNICA

El modelo de FICHA CLÍNICA analizada en este artículo, empleada en las prácticas de estudiantes universitarios chilenos de medicina, se compone, según nuestro análisis, de cuatro partes claramente diferenciadas:

- a) *Identificación del paciente, anamnesis y hábitos (datos personales, motivo de la consulta, padecimiento actual, antecedentes):* en este primer apartado, se enmarca un bloque compuesto por un número amplio de subapartados dedicados a describir los datos personales del paciente y los relativos a su enfermedad.
- b) *Revisión clínica (examen físico general y segmentario):* se realiza una descripción exhaustiva de los exámenes clínicos reali-

zados al paciente. Los subapartados que figuran en esta sección apenas incluyen partes redactadas, ya que, esencialmente, aportan datos técnicos y numéricos sobre las mediciones de las pruebas efectuadas al paciente.

- c) *Diagnóstico y tratamiento del paciente*: se lleva a cabo una reflexión hipotética –redactada de forma pormenorizada– sobre las posibles patologías que afectan al paciente y su diagnóstico. En este apartado, también se incluyen las reacciones del equipo médico ante la enfermedad y el tratamiento seguido para combatirla.
- d) *Comentario final o pronóstico*: se trata de un breve informe dirigido al profesor que, evidentemente, no forma parte de la FICHA CLÍNICA utilizada en hospitales y clínicas. En esta sección, se exige al estudiante la tarea de presentar un pronóstico del paciente, que debe estar redactado de manera concisa y recopilar la información diseminada a lo largo de los apartados anteriores, a modo de conclusión.

Debe notarse que en cada sección se adopta un uso del lenguaje distinto que se corresponde con el propósito específico de cada apartado. De este modo, en las dos primeras partes (a y b), que poseen un carácter más descriptivo, el autor utiliza un tono más distanciado, impersonal y aseptico, con una nula implicación personal, por tratarse, fundamentalmente, de exposición de datos y cuestiones técnicas. En la tercera parte (c), la actitud del estudiante hacia el texto cambia y, en ella, se emplea una cantidad mayor de atenuadores. La utilización de este recurso le permite al escritor distanciarse de los juicios emitidos, mediante lo cual trata de eludir su responsabilidad ante los posibles equívocos en el diagnóstico. Por lo tanto, el compromiso del estudiante respecto a esas conjeturas resulta menor que el grado de seguridad hallado en las dos primeras partes comentadas arriba, en las que se describían las pruebas clínicas realizadas al paciente (estas se exponen, a pesar de ello, usando la tercera persona y el modo impersonal, en lugar de la primera persona).

En la última sección (d), el discente apela directamente al profesor y los comentarios tienden a ser más personales. En ella, se utiliza un estilo más dialógico, en el que el empleo de la segunda se alterna con el de la primera persona. A partir de estos usos, se percibe que el estudiante utiliza un estilo personal y se implica más en los comentarios, prescindiendo de los elementos mitigadores con los que trataba de proteger su imagen en las secciones anteriores. En esos apartados, debido a que el posicionamiento de su voz quedaba supeditada a la jerarquía impuesta por la tarea requerida por el docente, la fuerza ilocutiva de esta se diluía de manera significativa en el discurso. Desde nuestro punto de vista, este cambio en la voz del autor en la cuarta

sección del género FICHA CLÍNICA puede explicarse por el mayor grado de interacción entre ambos en esta parte del trabajo académico dedicado a la evaluación del estudiante, la cual no forma parte del género FICHA CLÍNICA producido por profesionales médicos. Se trata, más bien, de un comentario conclusivo personal sobre la experiencia clínica (Sánchez-Jiménez, 2023). Esto podría aclarar el motivo por el que el estudiante incluye su posicionamiento con mayor fuerza en esta sección de corte más académico que científico. En este sentido, el estudiante aprovecha el apartado para utilizar recursos propios de la escritura académica exitosa (Hyland, 2004, 2012; Swales, 2004).

De acuerdo con los resultados obtenidos, la organización de la FICHA CLÍNICA redactada por estudiantes universitarios adopta un formato artificioso en este contexto. Esto se debe a que el género que analizamos cumple un propósito formativo en la carrera del aprendiz y está sujeto a los lineamientos específicos del centro educativo en el que se realiza la práctica. Además –como señalaron los médicos docentes entrevistados–, difiere de las FICHAS redactadas por profesionales, ya que es más detallada y explícita. Esto se debe, fundamentalmente, a que los estudiantes disponen de una mayor cantidad de tiempo para desarrollarla, en comparación con la redactada por un profesional médico. Asimismo, el estudiante debe incluir de forma expresa en su composición el conocimiento teórico adquirido durante la carrera para justificar cada una de las afirmaciones contenidas en la FICHA CLÍNICA. En consecuencia, la estructura de la FICHA CLÍNICA varía no solo en función de factores como el tipo de FICHA CLÍNICA, hospitales, regiones, lenguas y países (Pozzi y Cazés, 2004), sino también cuando se produce con intención formativa.

En los subapartados siguientes, se expondrán con mayor detalle las estrategias y los recursos léxico-gramaticales específicos utilizados en las secciones descritas en 4.1.

4.2. IDENTIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE DESPERSONALIZACIÓN Y POSICIONAMIENTO DEL AUTOR

En un segundo nivel de análisis, distinguimos las estrategias retóricas características que emplean los estudiantes para atenuar o potenciar su voz en el discurso. Con el primer procedimiento, los escritores tratan de distanciarse de los juicios emitidos y eluden toda responsabilidad sobre lo comentado en el escrito (Álvarez, 2013). Comprobamos que su uso es más frecuente y significativo en la tercera de las secciones señaladas arriba (4.1.c), pues el estudiante trata de soslayar su responsabilidad a la hora de ofrecer un posible diagnóstico erróneo. Es por este motivo que el escritor utiliza recursos atenuadores que limitan su compromiso con los enunciados emitidos en este apartado. En cuanto a las estrategias de posicionamiento, estas

son normalmente empleadas por los estudiantes para llamar la atención sobre parte de la información relatada y con el fin de enfatizar el contenido que consideran relevante (Hyland, 2005; Biber, 2006; Crossthwaite, Cheung y Jiang, 2017). Para ello, frecuentemente, utilizan formas personalizadas (primera persona verbal, pronomombres personales de primera persona, etc.). Estos casos aparecen puntualmente en la tercera parte de la FICHA CLÍNICA (4.1.c) con el objetivo de destacar algún aspecto esencial del diagnóstico o del tratamiento que se debe seguir, pero son más frecuentes en el último apartado (4.1.d), dedicado a la reflexión final dirigida al docente, en la que se hace referencia al proceso de hospitalización del paciente en un tono más personal.

Es importante señalar que no hemos realizado el cómputo de los mecanismos de despersonalización y posicionamiento del autor en esta investigación. Esta labor excede la propuesta de este estudio por imperativos de espacio, y será completada en futuros trabajos derivados de la presente publicación. El objetivo de este artículo consiste en ofrecer una descripción de las formas y funciones utilizadas por los estudiantes de medicina para posicionar u ocultar su voz en el género FICHA CLÍNICA. A continuación, presentamos las estrategias propias de posicionamiento y despersonalización que identificamos en el corpus analizado. Para cada una de ellas, incorporamos ejemplos extraídos del corpus, identificados con un código que remite al texto del que se obtuvo cada ejemplo.

4.2.1. Estrategias de despersonalización

En este subapartado, se enuncian las estrategias de despersonalización halladas en las FICHAS CLÍNICAS analizadas.

a) Anonimización del sujeto: se omite el nombre del paciente, para lo que se recurre a estrategias de tercera persona y al sustantivo “paciente”, que aparece de forma repetida como sustituto del nombre de pila de la persona ingresada. Solo en las FICHAS TeProFAC-M_23, 35 y 36 aparecen interpelados los pacientes por sus nombres de forma explícita. En TeProFAC-M_6, se les menciona, únicamente, con las iniciales de su nombre (J.L.S.).

- (1) Paciente de 27 años, sexo masculino, sin antecedentes mórbidos, con antecedentes de tabaquismo activo IPA 3.
[TeProFAC-M_1]

b) Uso de la metonimia de la enfermedad por el paciente: se alude a la enfermedad y sus síntomas, los que se definen en un primer plano, y se obvia la mención al cuerpo del paciente que la padece.

- (2) La paciente en este caso cumplía con la clínica y laboratorio típico de una pancreatitis aguda (...) El manejo inicial de una pancreatitis aguda incluye hospitalización, hidratación, analgesia por 5-7 días y régimen cero (esencial para el manejo inicial ya que así no se estimula la producción de enzimas, y por tanto perpetuar la autodigestión). [TeProFAC-M_2]

c) Descripción de forma distante al paciente observado en el examen médico: se describen de forma impersonal los resultados advertidos tras la exploración médica.

- (3) En abdomen se observa nuevamente un patrón de distribución ginecoide del vello y cicatriz de laparotomía supraumbilical, además la instalación de un drenaje ubicado paraumbilical derecha y bolsa de colostomía a nivel del flanco derecho. [TeProFAC-M_24]

d) Minimización de la acción del facultativo: se oculta el nombre y la posición del sujeto que realiza la práctica médica sobre el paciente.

- (4) A la inspección se aprecia abdomen globoso, simétrico, sin excavaciones, sin aumentos de volumen. [TeProFAC-M_23]

e) Desplazamiento del sujeto enunciador: el estudiante se refiere a sí mismo en tercera persona y desdobra su función como escritor de la tarea y facultativo encargado de la acción médica.

- (5) Acorde a los hallazgos del examen físico realizado por la alumna, se destaca que la paciente se encontraba en buenas condiciones generales. [TeProFAC-M_36]

f) Elusión de la responsabilidad en el diagnóstico: se minimiza la afirmación realizada al ofrecer el diagnóstico del paciente, es decir, se rehúye mencionar de manera firme y concluyente el nombre de la enfermedad. El diagnóstico es rara vez emitido de manera categórica y, por lo general, se justifica por razonamiento deductivo basado en las evidencias expresadas en el cuadro clínico. Las formas verbales que acompañan a este diagnóstico suelen incluir fórmulas atenuadoras como condicionales, subjuntivos, verbos epistémicos o modales y expresiones que hacen referencia explícita a la posibilidad o la incertidumbre (“hacen sospechar”, “parecen indicar”, “sugieren”, etc.).

- (6) Todo esto nos orienta a pensar que el diagnóstico más probable es una obstrucción intestinal colónica de tipo mecánica en la cual la etiología más posible es un adenocarcinoma colon izquierdo y esta puede ser una recidiva de su cáncer

colónico previo en cual tiene menos de un año de evolución desde su resolución quirúrgica. [TeProFAC-M_24]

g) Declaración de excepciones: el estudiante registra de forma conservadora las restricciones que podría tener el diagnóstico o el tratamiento sugerido. Desde nuestro punto de vista, esta es otra forma de eludir responsabilidades, pues si el diagnóstico o el tratamiento no resultara efectivo, podría deberse a que el caso observado es una excepción.

- (7) En un paciente sano las condiciones normales de la mucosa faríngea son resistentes a la colonización por estos microorganismos y suelen aislarse en recuentos muy bajos, sin embargo, en algunos enfermos crónicos esto se incrementa notablemente debido a los cambios en la superficie epitelial y el contenido enzimático de su saliva y de sus secreciones respiratorias, que facilitan la adherencia de estos microorganismos y por lo tanto dificultan su eliminación. [TeProFAC-M_5]

h) Inclusión en un colectivo y restricción de responsabilidades: el estudiante se incluye dentro de un grupo mayor –que comparte su responsabilidad y protege su imagen (Briz y Albelda, 2013)– para presentar sus ideas o justificar sus acciones.

- (8) Una vez establecido el diagnóstico clínico-radiográfico de neumonía, el principal objetivo del equipo tratante será evaluar la gravedad del enfermo, lo cual le permitirá predecir su pronóstico. [TeProFAC-M_5]

i) Mención de agrupaciones médicas: el estudiante protege su imagen al mencionar las recomendaciones realizadas por prestigiosas agrupaciones médicas, con el fin de justificar sus sugerencias e hipótesis de diagnóstico, procedimiento o tratamiento.

- (9) La sociedad americana de tórax y la sociedad americana de Enfermedades Infecciosas han recomendado que se debe solicitar una radiografía de tórax a todos los pacientes en quienes se sospeche clínicamente la neumonía. [TeProFAC-M_5]

j) Uso de citas y referencias: se realizan siempre en notas al pie, marcadas con números entre paréntesis, con lo que se desplaza al autor de la fuente mencionada fuera del cuerpo del texto.

- (10) En cuanto al tabaquismo en Chile, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, el 33,3% de la población nacional es fumadora, siendo 37,8% hombres y 29,1% mujeres (1). [TeProFAC-M_3]

4.2.2. Estrategias de posicionamiento del autor

En este punto, describimos las estrategias de posicionamiento identificadas en las FICHAS CLÍNICAS analizadas.

a) Énfasis de la responsabilidad exclusiva de agentes motivadores de la enfermedad: los factores causantes de la enfermedad se hallan ajenos a la labor de los facultativos en su interacción con el paciente, a lo que se hace referencia de manera enfática. En este caso, el posicionamiento se concreta a partir de la evaluación y proposición que realiza el médico en formación.

- (11) En el caso de este paciente, es de suma importancia que deje el tabaco. Es de suma importancia que su entorno ayude en que mantenga una vida libre de tabaco, ya que es un factor predictivo modificable que podría disminuir no solo sus posibilidades de recidiva, sino también su riesgo cardiovascular. [TeProFAC-M_3]

b) Resalte de información relevante para la mejora de la salud del paciente: el facultativo hace referencia a medidas –en forma de advertencia– que deben tenerse en cuenta para avisar de complicaciones médicas o prevenir un perjuicio que revierta negativamente en la salud del ingresado.

- (12) es imperativo que la paciente tome conciencia respecto a su enfermedad y a sus hábitos tóxicos si efectivamente quiere prolongar su vida. De lo contrario seguirá empeorando su condición y acortando su supervivencia, es por esto que se debe reeducar a la paciente señalando lo importante que es el autocuidado. Además, es importante mejorar sus redes de apoyo. [TeProFAC-M_7]

c) Evidencia del compromiso emocional con el paciente: el estudiante explicita su involucramiento afectivo con el caso tratado.

- (13) como reflexión final me llama profundamente la atención, y a la vez también me aflige, la incertidumbre que tienen los pacientes en el servicio de cirugía, ya que no saben qué patología es la que los aqueja, nadie les explica el procedimiento que llevan esperando 2 semanas seguidas, en donde la visita del médico tratante es escueta. Me pregunto cuándo es que nos olvidamos de que estamos tratando con personas, y no con órganos y músculos aislados. [TeProFAC-M_8]

d) Asunción de la responsabilidad en la toma de acciones: el estudiante se atribuye explícitamente la responsabilidad en la tarea realizada.

- (14) Paciente entrevistado y examinado por mí el día 20-06-2018.
[TeProFAc-M_5]

e) Recomendación de procedimientos y exámenes: el estudiante introduce sugerencias sobre cómo se debería proceder con los pacientes en un aspecto del tratamiento o solicita nuevas pruebas para confirmar el diagnóstico.

- (15) Para evaluarlos, pediremos exámenes complementarios que nos permitan esclarecer si es o no un neumotórax espontáneo u otros de los posibles diagnósticos. Para esto, solicitaremos los siguientes exámenes para nuestro enfrentamiento inicial. [TeProFAc-M_3]

f) Valoración del propio trabajo: se introducen elementos evaluativos sobre el trabajo desempeñado. Muchos de ellos comienzan con la expresión “A mi parecer” o “A mi juicio”.

- (16) A mi juicio se realizó un manejo adecuado y oportuno de la paciente, la que, a pesar de aún no tener un diagnóstico aún establecido del todo, pudo salir de su cuadro de urgencia, sin secuelas funcionales y un diagnóstico final en estudio. [TeProFAc-M_31]

g) Valoración del trabajo médico ajeno: se presenta una estimación del trabajo realizado por otros miembros del personal de salud.

- (17) Debido a que en esta oportunidad el cuadro no fue grave y tuvo un buen manejo por parte del equipo de salud, la calidad de vida al alta fue buena, con buena tolerancia a sus actividades cotidianas. [TeProFAc-M_15]

h) Explicación posicionada del procedimiento de análisis de la enfermedad: el facultativo describe su experiencia al momento de explorar al paciente y comenta sus primeras impresiones al realizar el análisis, así como los distintos pasos seguidos durante el examen médico. Es frecuente el uso de marcadores metadiscursivos relationales para implicar al lector en este proceso (Hyland, 2005), tratando de hacerle participé del examen y transportándole virtualmente al momento en el que ocurrieron los hechos a través de su narración.

- (18) En primer lugar, debemos enfocarnos en la ictericia presente en el paciente, signo clínico que evidenciaría una bilirrubina $>2,5$ mg/dl. Además, existe coluria. Por lo tanto, esto nos orienta a una ictericia de origen hepática o posthepática. [TeProFAc-M_8]

i) Explicitación del conocimiento compartido con la audiencia del escrito: se hace referencia, de forma cómplice, a información conocida por el lector, haciéndole participe de la descripción desarrollada en el texto y, en ocasiones, incluso negociando con él la posible responsabilidad de lo dicho (como ocurre al enunciar un posible diagnóstico).

- (19) Esta patología podría haber sido evitada educando respecto a cómo el alcohol actúa como agente tóxico u ofreciendo tratamiento de carácter multidisciplinario para cesar el consumo. Esto también aplica para la población general, sobre todo en Chile, ya que tenemos alto consumo de alcohol. [TeProFAC-M_7]

j) Inclusión del lenguaje evaluativo en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico: se hacen comentarios subjetivos sobre la situación médica o el pronóstico del paciente.

- (20) El pronóstico de la paciente es relativamente bueno, debido al compromiso de la paciente, que radica en el cumplimiento tanto en la toma de medicamentos y controles, además su ambiente familiar es propicio para ella, ya que recibe un muy buen cuidado por parte de su madre y hermana. [TeProFAC-M_15]

k) Marcación de la relevancia de un asunto destacado: se emplea un léxico enfático-evaluativo con el fin de resaltar la importancia de un punto determinado del documento.

- (21) Si bien las causas son variadas, es de suma importancia considerar el diagnóstico de base de la paciente y los factores de riesgo que posee (...) En este aspecto, no se pudo objetivar el perfil de presión arterial de la señora Ana, sin embargo, por este mismo motivo, se hace imprescindible el control seriado de su presión arterial. [TeProFAC-M_35]

l) Inclusión de construcciones concesivas para enfatizar un logro o sospecha: sirve para presentar una limitación en el diagnóstico, pronóstico o acción médica, que dificulta el cumplimiento pleno de la tarea.

- (22) La anemia ferropénica, si bien es la más frecuente a nivel mundial, podemos pensar que es menos probable aplicado al paciente, dado que éste no presenta antecedentes para hacer-nos pensar en hemorragia. [TeProFAC-M_29]

m) Expresión de la asertividad en la enunciación del diagnóstico o de un hallazgo en el examen médico: por medio de esta función, se confir-

ma el diagnóstico o una sospecha sobre un aspecto relacionado con la exploración médica. En ocasiones, como en 23, se incluye un elemento atenuador (“puede”) para reducir el nivel de certeza y protegerse así ante la incógnita del pronóstico ofrecido.

- (23) Tomando la información teórica junto con los datos aportados por la paciente en la anamnesis, se puede evidenciar que la señora Vilma manifestó los síntomas característicos de obstrucción intestinal tales como ausencia de eliminación de heces y gases, distensión y dolor abdominal, como también vómitos de presentación tardía, no alimentarios. [TeProFAC-M_36]

n) Aproximación deductiva al diagnóstico por eliminación: el estudiante descarta diversas opciones de diagnóstico de forma razonada hasta acotar el terreno y perfilar una posible hipótesis sobre la enfermedad. De esta forma, el estudiante se posiciona en el texto a partir de la presentación de su proceso de razonamiento.

- (24) En el caso del paciente en cuestión, la forma de comienzo fue insidiosa y progresiva, este dato nos permite en un inicio descartar causas como aspiración de cuerpo extraño, tromboembolismo pulmonar y neumotórax y nos permite enfocarnos en causas de tipo cardíacas como la insuficiencia ventricular izquierda, cuadros respiratorios de instalación lenta, entre otras. [TeProFAC-M_5]

n) Expresión de una oposición firme a la aplicación de un tratamiento: el estudiante se muestra contrario a aplicar un determinado tratamiento, debido a una serie de efectos secundarios que podrían derivarse del mismo.

- (25) En el caso de esta paciente este tratamiento está contraindicado ya que han transcurrido más de 72 horas desde su ingreso, ya que puede aumentar la probabilidad de complicaciones en un 6,9% (perforación, hemorragia, pancreatitis), y esto puede expresarse en términos de aumentos en la duración de días de hospitalización. [TeProFAC-M_23]

4.3. IDENTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS LINGÜÍSTICOS FORMALES EN LA FICHA CLÍNICA

En este apartado, se clasifican los fenómenos léxico-gramaticales que predominan en las estrategias retóricas descritas en el apartado 4.2.

4.3.1. Recursos lingüísticos de despersonalización

En este punto, presentamos los recursos lingüísticos que los estudiantes utilizaron como mecanismos de despersonalización.

a) *Verbos conjugados en la primera persona del plural*

- (1) Cuando hablamos de un neumotórax espontáneo, nos referimos a aquel que no es de causa traumática hemodinámica. [TeProFAC-M_3]

b) *Verbos conjugados en la tercera persona*

- (2) Como se señaló anteriormente, la clínica del paciente es suficiente para el diagnóstico de apendicitis aguda. [TeProFAC-M_1]

c) *Voz pasiva (omisión del complemento agente)*

- (3) Paciente fue diagnosticado con diabetes mellitus tipo 2. [TeProFAC-M_44]

d) *Se pasiva refleja*

- (4) De acuerdo al cumplimiento de factores para ambas recomendaciones, se decide la hospitalización del paciente. Se puede identificar... [TeProFAC-M_5]

e) *Impersonalización (hay, se...)*

- (5) Luego, hay que dejar al paciente con régimen cero, administrar líquidos por vía venosa. [TeProFAC-M_32]

f) *Formas no personales del verbo*

- (6) Suspender la nutrición vía oral durante 24-48 hrs y administrar nutrición enteral con una dieta que tenga aumento gradual de la concentración de proteína. [TeProFAC-M_7]

- (7) Considerando la posible presencia de litiasis, la colecistitis es una patología a considerar. [TeProFAC-M_8]

g) *Nominalizaciones*

- (8) Por otro lado, la determinación conjunta de estos parámetros es altamente específica para pancreatitis aguda. [TeProFAC-M_2]

h) Verbo con sujeto inanimado

- (9) Los antecedentes relevantes de la entrevista se presentan a continuación. [TeProFAC-M_5]

i) Verbos en forma hipotética (condicional, subjuntivo, etc.)

- (10) La evolución del cuadro en general suele mejorar en 2 días desde el inicio de la terapia antibiótica, pro [sic] la que esta no debiera modificarse antes de las primeras 72 horas. [TeProFAC-M_2]

j) Marcadores de modalidad y verbos modales

- (11) Es necesario mencionar también que la apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo en el paciente joven. [TeProFAC-M_1]
- (12) Es uno de los diagnósticos más frecuentes de consulta, puede aparecer en cualquier época del año, pero su mayor frecuencia se registra en los meses de invierno. [TeProFAC-M_5]

k) Marcadores verbales epistémicos que sirven para evitar el compromiso

- (13) Creo que una de las ventajas de la realización de este portafolio es el conocimiento que se adquiere sobre una patología con una incidencia importante en el paciente joven. [TeProFAC-M_1]

4.3.2. Recursos lingüísticos de posicionamiento del autor

En este apartado, damos cuenta de los recursos que utilizan los estudiantes para posicionar su voz.

a) Verbos conjugados en primera persona del singular

- (14) Creo que una de las ventajas de la realización de este portafolio es el conocimiento que se adquiere sobre una patología con una incidencia importante en el paciente joven. [TeProFAC-M_1]

b) Pronombres personales de primera persona

- (15) Paciente entrevistado y examinado por mí el día 20-06-2018. [TeProFAC-M_5]

c) *Adverbios y adjetivos con función intensificadora*

- (16) En este sentido el pronostico [sic] esta [sic] claramente relacionado con el grado de penetración del tumor a través de la pared intestinal. [TeProFAC-M_24]

d) *Adjetivos en grado superlativo*

- (17) Es el diagnostico más probable puesto que la mayoría de su clínica se relaciona con esta patología. [TeProFAC-M_34]

e) *Gradación cuantitativa con función intensificadora*

- (18) Al tratarse de un paciente de edad avanzada es muy necesario el apoyo de la familia. [TeProFAC-M_30]

f) *Expresiones verbales que denotan obligación*

- (19) En este caso, el motivo de consulta fue la ictericia generalizada que provoca prurito que compromete la calidad de vida del paciente, por lo que es necesario dilucidar la causa de esta afección. [TeProFAC-M_47]

4.4. DISCUSIÓN

Como se mencionó en apartados anteriores, el análisis de la estructura esquemática de las FICHAS CLÍNICAS se corresponde con una práctica de clase que emula –con mayor detalle en su explicitación– la práctica clínica profesional. Las dos primeras partes de este género (4.1.a y 4.1.b) resultan más técnicas y descriptivas, por lo que, en consecuencia, se utiliza un lenguaje más denotativo y objetivo. En las dos restantes (4.1.c y 4.1.d), caracterizadas por un estilo explicativo-argumentativo, los estudiantes realizan un análisis cualitativo de los datos obtenidos integrando su voz personal en el escrito. Esta distribución implica una serie de consecuencias retóricas relacionadas con la despersonalización y el posicionamiento que afectan a cada una de las partes del género estudiado. De este modo, la mayoría de las estrategias de despersonalización y posicionamiento del autor identificadas en los textos se hallaron en las secciones más argumentativas de la FICHA CLÍNICA (4.1.c y 4.1.d), en las cuales se discute el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del paciente. Ello podría atribuirse a que es en esas secciones donde el escritor tiene la opción de decidir si prefiere evitar los mecanismos que señalan su presencia o, por el contrario, utilizar aquellos que explicitan su posición sobre lo expuesto en el escrito.

Sin embargo, ha de tenerse en cuenta que un mismo movimiento retórico dentro de la FICHA CLÍNICA (por ejemplo, la sugerencia de diagnóstico, petición de pruebas médicas, exposición del tratamiento, etc.) puede realizarse con estrategias de uno u otro tipo, en virtud de los elementos lingüísticos seleccionados por cada emisor. En otras palabras, si el estudiante emite el diagnóstico de una forma segura y comprometiéndose con el contenido, elegirá recursos que contribuyan al posicionamiento de su voz en el texto. Por el contrario, si no está seguro del diagnóstico o prefiere no arriesgarse a producir un error con su hipótesis, puede decantarse por la atenuación de su mensaje, para lo que podrá emplear una estrategia de distanciamiento que aleje su imagen personal del pronunciamiento de certeza del enunciado (Briz y Albelda, 2013). Esto explica que, en la clasificación anterior, en ocasiones, aparezca duplicada una misma secuencia retórica con diferente propósito, en función del tono empleado por el estudiante en cada sección (por ejemplo, la correspondencia entre los pares 4.2.1.d, f y g con 4.2.2.e, m, y n, respectivamente).

Una cuestión que merece ser mencionada es la cantidad de estrategias identificadas. El hecho de que hayamos encontrado un mayor número de estrategias relacionadas con el posicionamiento no implica necesariamente que estas sean las más frecuentes en las FICHAS CLÍNICAS. Como se comentó anteriormente, esto depende de la actitud del autor hacia el enunciado en cada contexto y, en cierto sentido, con su propia identidad como escritor (más asertivo, indirecto, etc.) (Ivanič y Camps, 2001). Por lo tanto, será necesario, en el futuro, realizar un estudio cuantitativo específico en cada una de las secciones discursivas definidas en 4.2.1. y 4.2.2. y para determinar cuál de las dos subclasicaciones es la predominante en términos estadísticos y, dentro de estas, cuáles son las estrategias representativas de la FICHA CLÍNICA empleadas más comúnmente por los autores de los textos del corpus seleccionado. Con todo, el equilibrio en el uso de mecanismos de despersonalización y posicionamiento es variable en cada sección del documento, ya que estas estrategias se superponen en cada una de las partes de la FICHA CLÍNICA. Incluso, se producen casos de posicionamiento mitigados en un mismo tramo del discurso, tal como se evidencia en el siguiente ejemplo:

Mediante el análisis radiográfico se descarta la posibilidad de una neumonía, al no presentar un patrón de condensación que [sic] típico de esta patología, lo que se contrastaría con la falta de síntomas presentados por el paciente. Además, bajo el mismo análisis radiográfico, se puede confirmar el diagnóstico de neumotórax, dado a los datos presentado [sic] por la radiografía de tórax que permiten evidenciar una separación de ambas pleuras en el ápice pulmonar izquierdo indicativo de la entrada de aire a la cavidad pleural. [TeProFAC-M_23]

En este caso, se observa que el estudiante emite un diagnóstico sobre el que se posiciona fervientemente con expresiones verbales cargadas de intención (“se descarta”, “confirmar”, “evidenciar”), las cuales se mitigan levemente para atenuar el compromiso del autor con la afirmación por medio del uso de otros verbos auxiliares (“puede”, “permiten”). No resulta extraño encontrar en los textos analizados este tipo de expresiones –a primera vista paradójicas– en las que se mezclan recursos de posicionamiento con otros atenuadores, cuyo objetivo último es el de tratar de reducir el grado de certeza consignado en el mensaje.

Otro resultado que llama la atención es que solamente en dos de las 52 FICHAS CLÍNICAS analizadas (TeProFAc-M 31 y 36) los estudiantes utilizan la cita parentética, como se muestra en el ejemplo 10. A pesar de ello, no llegan a incorporar –en ninguno de los casos registrados– el nombre del autor citado en el cuerpo del texto ni a enjuiciar las fuentes utilizadas para componer su trabajo (Sánchez-Jiménez, 2013). En consecuencia, los estudiantes no solo utilizan estrategias de despersonalización para ocultar su propia voz, sino que, además, evitan la interacción intertextual en sus escritos, lo que se evidencia con el uso exclusivo de referencias no integradas, ya sea a pie de página o entre paréntesis. Esta decisión, a nuestro juicio, tiene un impacto en la forma en la que se presenta el estudiante en el texto, pues, como afirman Lee, Hitchcock y Casal (2018, p. 6): «*the ways in which citations are integrated has a crucial rhetorical effect*». Así, las proposiciones referenciadas que se presentan en forma no integrada pueden percibirse como hechos establecidos (Coffin, 2009). En consecuencia, a través de la forma de incorporación de la cita, el estudiante intentaría aportar cierto grado de objetividad a su FICHA CLÍNICA y, también, respaldar sus afirmaciones al presentar la información citada como un hecho confirmado.

Por otra parte, nos ha llamado la atención la tendencia de los estudiantes a posicionarse y atribuirse la autoría en acciones concretas como entrevistar y examinar a los pacientes (por ejemplo, en estrategias 4.2.2.b, d y e). Esto contrasta con su tendencia a eludir su responsabilidad frente a acciones más complejas como, por ejemplo, ofrecer un diagnóstico (4.2.1.f). A nuestro juicio, esto podría estar relacionado con su rol como estudiantes, quienes están siendo evaluados por su desempeño en una situación de comunicación asimétrica. Quizás es por esta misma razón que, en ocasiones, remarcán su condición de estudiantes en el texto, como sucede en el ejemplo 5.

Desde este punto de vista, este resultado evidenciaría que la FICHA CLÍNICA, como texto profesional con fines académicos (Meza *et al.*, 2021), no solo tiene una función evaluativa, sino también de acreditación y validación del estudiante como un participante valioso dentro de su comunidad, es decir, como un miembro que sigue las con-

venciones discursivas y cumple los requisitos para el ejercicio de la profesión. Este carácter evaluativo, como hemos comprobado en esta investigación, influye en cómo el estudiante presenta el contenido en su FICHA CLÍNICA. El hecho de que las FICHAS CLÍNICAS analizadas formen parte de un ejercicio académico de formación podría explicar también que se incorporen fragmentos que no aparecerían en una FICHA escrita por un profesional como, por ejemplo, las estrategias 4.2.1.g o 4.2.2.c. Desde nuestro punto de vista, la explicitación de una excepción podría ser otra forma de escudarse o evitar responsabilidades, ya que, por ejemplo, si el diagnóstico o el tratamiento sugeridos no resultasen acertados, podría atribuirse a una excepción y no necesariamente a un error cometido por el estudiante.

Otro aspecto interesante derivado del análisis del corpus es que los resultados obtenidos en el estudio, concretamente la inclusión de estrategias de posicionamiento, dan cuenta de que el género FICHA CLÍNICA no comparte plenamente las características propias del lenguaje médico (Martín-Martín, 2008; Barrajón y Lavalle, 2013). Como se comentó en el ejemplo 13, los estudiantes llegan, en ocasiones, a explicitar abiertamente la implicación afectiva con sus pacientes. Esto nos permite afirmar que la FICHA CLÍNICA producida por estudiantes no se limita a adoptar las características del lenguaje médico convencional (objetivo y neutral), sino que también contiene las estrategias retóricas que señalan claramente la intencionalidad de la voz y posición de sus autores. En este sentido, las estrategias que hemos identificado revelan que existe un equilibrio sostenido entre el mantenimiento de la despersonalización propia del ámbito disciplinar y el acto retórico de posicionar la propia voz para persuadir o para lograr un determinado efecto en el lector. Ello cobra aún más relevancia si consideramos que el médico, en su rol de profesor-lector, evaluará el producto textual del médico en formación.

En síntesis, la clasificación de los instrumentos más frecuentemente utilizados por los estudiantes en el corpus para expresar la despersonalización y para posicionararse en el texto evidencia el empleo de una amplia gama de recursos que sobrepasan la nómina de aquellos descritos en trabajos clásicos sobre lenguaje médico (Morales, Cassany y González, 2007; Martín-Martín, 2008; Barrajón y Lavale, 2013) y los producidos específicamente sobre la FICHA CLÍNICA (Prieta-Miralles, 2002; Pozzi y Cazés, 2004), los cuales convienen en la abundancia de recursos discursivos relacionados con la despersonalización. A estos se añaden en nuestro trabajo otros elementos de posicionamiento, como son el uso de la primera persona (recurrente en las automenciones del autor en el texto), los marcadores relationales, las expresiones enfatizadoras o los marcadores de actitud.

Estos y otros mecanismos metadiscursivos interpersonales de posicionamiento también fueron registrados en otros trabajos empíri-

cos realizados con estudiantes de esta misma disciplina (Sánchez-Jiménez, 2020, 2023), lo cual contribuye a definir la variabilidad del lenguaje especializado que utilizan los médicos en formación. En este sentido, una propuesta similar fue elaborada por Alcaraz y Salager-Meyer (2002), mediante el análisis de los textos producidos por escritores expertos en función de su diferente rango de autoridad (a mayor responsabilidad académica, mayor personalización a través del empleo de mecanismos de posicionamiento) en cuatro géneros médicos (Editoriales, Artículo de Revisión, Artículo Original y Notas clínicas). En este estudio, al igual que ocurría con la variedad y cantidad de mecanismos de despersonalización y posicionamiento identificados en nuestro análisis, los rasgos pragmalingüísticos que definen la voz del autor en el discurso se encuentran subordinados al género específico dentro del ámbito de la medicina. De este modo, como señalamos anteriormente, en nuestra investigación se detectaron recursos de despersonalización y posicionamiento que sobrepasan el registro de los mecanismos consignados en algunos trabajos realizados sobre lenguaje médico (Morales, Cassany y González, 2007; Martín-Martín, 2008; Barrajón y Lavale, 2013).

Ahora bien, con respecto a los recursos lingüísticos formales en la FICHA CLÍNICA, los resultados expuestos en el subapartado 4.3. resultan relevantes para definir de forma adecuada la configuración discursiva del género. Así, por ejemplo, casos como b en 4.3.1. evidencian cómo el estudiante basa sus afirmaciones en el conocimiento acumulado o en los datos recogidos, de forma que sus aseveraciones encuentran un respaldo en estas estructuras.

Asimismo, el empleo de elementos de primera persona singular (a y b en 4.3.2.) también contribuiría a este propósito, pues permiten definir la presencia autorial del estudiante, mostrándose como un agente activo y comprometido con su trabajo, ya sea en su rol de médico o de estudiante. Todos los recursos detectados confirman que el escritor del discurso médico universitario, más concretamente de las FICHAS CLÍNICAS, deja huellas de su presencia en la construcción de sus textos, tal como ya habían comentado con anterioridad otros autores en relación con el discurso científico-académico (Pozzi y Cazés, 2004; García-Negróni, 2008). En nuestra investigación, se ha comprobado que esos mecanismos permiten a los estudiantes de medicina potenciar o atenuar su voz estratégicamente en las distintas secciones que constituyen la FICHA CLÍNICA.

5. Conclusiones

La complejidad retórico-discursiva que imponen los géneros especializados supone un gran desafío para los estudiantes noveles que se incorporan a una nueva disciplina (Sánchez-Jiménez, 2014). Estos

emplean años de su formación universitaria para dominarlos, a través de una práctica intensiva de lectura y escritura (Camps y Castelló, 2013). En el presente trabajo, se ha descrito la estructura retórica de la FICHA CLÍNICA producida por estudiantes de medicina como ejercicio de formación en su carrera universitaria, y se han analizado los mecanismos de despersonalización y posicionamiento del autor más frecuentemente utilizados.

La clasificación que surge de dicho análisis puede resultar útil como referencia para proporcionar ejemplos y modelos de buenas prácticas para los estudiantes de medicina. La identificación de los recursos presentados se ha realizado a partir de textos reales producidos por estudiantes de dicha carrera en una universidad chilena y, en dicha tipificación, no hemos aplicado taxonomías predeterminadas para detectarlos. Ello nos ha permitido ofrecer mecanismos totalmente ajustados a una disciplina particular y a un género específico. Por tanto, como señalan González et al. (2021), el hecho de estudiar un contexto de enseñanza natural nos ha permitido fortalecer la validez ecológica de la investigación.

En línea con lo anterior, las estrategias, mecanismos y recursos lingüístico-discursivos que ofrecemos en esta investigación pueden ser sumamente relevantes si consideramos que, como afirma Rigano (2014), la consulta médica constituye un contexto de negociación donde el médico debe desplegar una serie de estrategias discursivas que le permitan construir y expresar autoridad. De esta forma, podrá imprimir a su discurso un carácter persuasivo que logre que el paciente siga sus indicaciones y, al mismo tiempo, cumpla con su obligación de entregar información suficiente al paciente.

De este modo, los docentes podrán utilizar esta taxonomía durante la instrucción, al fin de mostrar una guía de patrones de escritura, prevenir producciones lingüísticas que no se adecúen a la descripción esperable en la FICHA CLÍNICA y, en última instancia, para corregir comportamientos textuales que se desvien de las convenciones discursivas del género. Estos aportes se limitan, por supuesto, al marco de la producción de FICHAS CLÍNICAS en contextos de formación académica, pues entendemos que se trata de un género adaptado con fines didácticos que dista bastante de la FICHA CLÍNICA utilizada en el contexto profesional.

Pese al avance que supone el presente estudio en este terreno, y tal como apuntan Pozzi y Cazés (2004), aún se necesitan más descripciones lingüísticas que abunden en la gran variedad de FICHAS CLÍNICAS existentes en diferentes hospitales, países, lenguas, etc. Nuestro trabajo no pretende aportar, en modo alguno, un canon definitivo, sino ser una contribución que se añada a los trabajos ya existentes sobre este género. Los resultados de esta investigación son fundamentales para ello, pues los concebimos como insumo para la producción de material

pedagógico relevante en la formación profesional médica, con los que contribuir al avance de la didáctica de la producción de textos en el ámbito médico (Sánchez-Jiménez, 2018, 2024). Asimismo, los resultados obtenidos permitirán establecer un modelo de referencia que pueda ser usado en la didáctica de la FICHA CLÍNICA en el entorno universitario.

Esto resulta esencial si consideramos que uno de los aspectos determinantes en el éxito alcanzado por los jóvenes profesionales de la medicina radica en el conocimiento de los patrones organizativos que subyacen a las regularidades o convenciones discursivas de los géneros (Uribarri, 2007; Burdiles, 2016). En este sentido, resulta relevante que la formación de futuros médicos incluya instrucción explícita sobre estos aspectos. Creemos firmemente que con el conocimiento de las convenciones retórico-discursivas de los géneros disciplinares los estudiantes podrán tomar decisiones más informadas al redactar sus textos, de forma que, como señalan Wu y Paltridge (2021), puedan producir escritos retóricamente apropiados en el marco de su propia disciplina. Ello es especialmente relevante si consideramos que la escritura académica es un acto comunicativo contextualizado y de carácter social que demanda del escritor tanto la capacidad para glosar adecuadamente el discurso de su disciplina como para incluir una nomenclatura especializada que le permita construir y comunicar el conocimiento (Sánchez-Jiménez, 2013; Romero y Álvarez, 2020).

En subsiguientes trabajos, se realizará un estudio cuantitativo en el que se analizarán, de manera pormenorizada, los datos descriptivos expuestos en esta investigación, ya que, por imperativo de espacio, no ha sido posible realizarlo en este trabajo. Esta próxima publicación nos permitirá conocer cuáles son las frecuencias de aparición de las estrategias y los recursos lingüísticos de posicionamiento y despersonalización del autor en el género FICHA CLÍNICA.

6. Referencias bibliográficas

- ALCARAZ, M. y SALAGER-MEYER, F. (2002): “Género y crítica en la prosa médica escrita en español: función comunicativa y relación de poder”, *Hermes*, 29, pp. 163-186. <https://doi.org/10.7146/hjlc.v15i29.25702>
- ÁLVAREZ, F. (2013): *La despersonalización en el discurso académico escrito*. Tesis de doctorado en Lingüística Aplicada, Alcalá: Universidad de Alcalá.
- ANTOMÁS, J. y HUARTE, S. (2011): “Confidencialidad e Historia clínica: Consideraciones Ético-Legales”, *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), pp. 73-82.
- ARRIBALZAGA, E. (2016): “Rúbrica como evaluación de historia clínica simulada”, *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 19(2), pp. 93-99. <http://dx.doi.org/10.33588/fem.192.828>
- BARRAJÓN, E y LAVALLE, R. (2013): “Los recursos de impersonalidad en el lenguaje jurídico y en el lenguaje médico”, *Español actual: Revista de Español Vivo*, 99, pp. 25-50.

- BIBER, D. (2006): *University language: A corpus-based study of spoken and written registers*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins. <http://dx.doi.org/10.1075/scl.23>
- BISQUERRA, R. (2009): *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla.
- BRIZ, A. y ALBELDA, M. (2013): “Una propuesta teórica y metodológica la atenuación lingüística en español y portugués. La base de un proyecto en común (ES.POR.ATENUACION)”, *Onomázein*, 28, pp. 288-319. <https://doi.org/10.7764/onomazein.28.16>
- BURDILES, G. (2012): *Descripción de la organización retórica del género Caso Clínico de la medicina a partir del Corpus CCM-2009*. Tesis de doctorado en Lingüística, Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.
- BURDILES, G. (2016): “Género Caso Clínico: Organización retórica de su macromovida Relato del Caso en publicaciones médicas chilenas”, *Revista Signos*, 49, 91, pp. 192-216. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09342016000200003>
- CAMPS, A. y CASTELLÓ, M. (2013): “La escritura académica en la Universidad”, *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 11(1), pp. 17-36. <https://doi.org/10.4995/redu.2013.5590>
- CASTILLO, N. (2004): “Documentos médicos”, *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 19(2), pp. 100-108.
- CIAPUSCIO, G. (1998): “Los resúmenes de la revista medicina: Un enfoque diacrónico-contrastivo”, *Revista Signo y Seña*, 10, pp. 217-243.
- COFFIN, C. (2009): “Incorporating and evaluating voices in a film studies thesis”, *Writing & Pedagogy*, 1, pp. 163-193. <https://doi.org/10.1558/wap.v1i2.163>
- CRESWELL, J.D. y CRESWELL, J.W. (2018): *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications.
- CROSTHWAITE, P., CHEUNG, L. JIANG, F. K. (2017): “Writing with attitude: Stance expression in learner and professional dentistry research reports”, *English for specific purposes*, 46, pp. 107-123. <https://doi.org/10.1016/j.esp.2017.02.001>
- DÍAZ, N., MORALES, O. y CASSANY, D. (2015): “El análisis estadístico en el resumen de artículos de investigación odontológicos”, *Acta Bioclinica*, 5(10), pp. 63-84.
- FAYA, G. (2016): “Propuesta de tipología textual para el campo médico”, *Revista Española de Lingüística Aplicada/Spanish Journal of Applied Linguistics*, 29(1), PP. 64-87.
- FLOWERDEW, J. (2014): “Foreword.”, Gil-Salom, L. y Soler-Monreal, C. (eds.), *Dialogicity in written specialized genres* (pp. IX-XVI), Amsterdam: John Benjamins, pp. IX-XVI.
- GALLARDO, S. (2018): “Funciones de los actos de habla directivos en el discurso académico”, *Boletín de lingüística*, 30(49), pp. 68-85. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_b1/article/view/15886
- GARCÍA-NEGRONI, M. (2008): “Subjetividad y discurso científico-académico. Acerca de algunas manifestaciones de la subjetividad en el artículo de investigación en español”, *Revista Signos*, 41(66), pp. 9-31.
- GHADYANI, F. y TAHRIRIAN, M. (2015): “Interactive markers in medical research articles written by Iranian and native authors of ISI and non-ISI medical journals: a contrastive metadiscourse analysis of method section”, *Theory and Practice in Language Studies*, 5(2), pp. 309-317.
- GODOY, J. y BARRAZA, J. (2018): “La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual”, *Acta bioethica*, 24(2), pp. 181-188. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000200181>

- GONZÁLEZ, F. y LUNA, D. (2012): "La Historia clínica Electrónica", Carnicero, J. y Fernández, A. (coord.), *Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud*, Santiago de Chile: Naciones Unidas, pp. 75-96.
- GONZÁLEZ, S., LERALTA, M., y ROCHA, A. (2021): "‘Me es imposible’: elección del género discursivo y estrategias pragmáticas del rechazo en la comunicación académica digital de españoles y brasileños", *Pragmalingüística*, 29, pp. 190-210. <https://doi.org/10.25267/Pragmalinguistica.2021.i29.10>
- GUTIÉRREZ, B. (2004): "Entre el mito y el logos: la medicina y sus formas de expresión", Cabré, M. T. y Estopá, R. (eds.), *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud*, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, pp. 15-32.
- HERRANDO-RODRIGO, I. (2022): "Is voice inevitable in written texts? Animate agents followed by active verbs as writers' (de)voicing mechanisms in knowledge dissemination practices", *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 90, pp. 81-94. <https://doi.org/10.5209/clac.81309>
- HYLAND, K. (2004): *Disciplinary discourses: Social Interactions in Academic Writing*, Ann Arbor: University of Michigan. <https://doi.org/10.3998/mpub.6719>
- HYLAND, K. (2005): "Stance and engagement: A model of interaction in academic discourse", *Discourse Studies*, 7(2), pp. 173-192. <https://doi.org/10.1177/1461445605050>
- HYLAND, K. (2012): "Undergraduate understandings: Stance and voice in final year reports", Hyland, K. y Sancho-Guinda, C. (eds.), *Stance and voice in written academic genres*, Hampshire, UK: Palgrave Macmillan, pp. 134-150.
- IVANIĆ, R. y CAMPS, D. (2001): "I am how I sound: Voice as self-representation in L2 writing", *Journal of Second Language Writing*, 10, pp. 3-33. [https://doi.org/10.1016/S1060-3743\(01\)00034-0](https://doi.org/10.1016/S1060-3743(01)00034-0)
- JOHNS, A., BAWARSHI, A., COE, R., HYLAND, K., PALTRIDGE, B., JO REIFF, M. y TARDY, C. (2006): "Crossing the boundaries of genre studies: Comments by experts", *Journal of Second Language Writing*, 15(3), pp. 234-249. <https://doi.org/10.1016/j.jslw.2006.09.001>
- LEE, J., HITCHCOCK, C. y CASAL, J. E. (2018): "Citation practices of L2 university students in first-year writing: form, function, and stance", *Journal of English for Academic Purposes*, 33, pp. 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.jeap.2018.01.001>
- MARTÍN-MARTÍN, P. (2008): "The mitigation of scientific claims in research papers: A comparative study", *International Journal of English Studies*, 8, pp. 133-152.
- MARTÍNEZ-SALGADO, C. (2012): "El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias", *Ciêncie & Saúde coletiva*, 17, pp. 613-619.
- McGRATH, L. y KUTEEVA, M. (2012): "Stance and engagement in pure mathematics research articles: Linking discourse features to disciplinary practices", *English for Specific Purposes*, 31(3), pp. 161-173. <https://doi.org/10.1016/j.esp.2011.11.002>
- MEDINA, B. (2016): "Aprendiendo a ser médico: Descripción del género anamnesis próxima producido por estudiantes de tercer año de medicina desde una perspectiva sistémico funcional", *Encuentro Nacional de Estudios del Discurso: Educación e Interculturalidad en Tiempos de Globalización*, Temuco: Universidad Católica de Temuco.

- MEDINA, B. (2017): "Describiendo fenómenos particulares: La anamnesis próxima como género descriptivo evidenciado", *Congreso Internacional de la Asociación Latinamericana de Estudios del Discurso: Discurso, Construcción y Transformación Social*, Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- MEZA, P. & GONZÁLEZ-CATALÁN, F. (2020): "Evaluación de la calidad lingüístico-discursiva en textos disciplinares: propuesta de un instrumento analítico para valorar la producción escrita en la formación de médicos", *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía y Literatura*, 30(1), pp. 3-17.
- MEZA, P., CASTELLÓN, M. y GLADIC, J. (2021): "Problemas de escritura en la producción de textos de estudiantes de Derecho y Medicina", *DELTA*, 37(2), pp. 1-29.
- MEZA, P., LILLO-FUENTES, F. y GONZÁLEZ-CATALÁN, F. (2022): "Descripción de rasgos léxicos de textos profesionales producidos por estudiantes de Derecho y Medicina", *Literatura y Lingüística*, 45, pp. 333-366.
- MONTOLÍO, E. (2014): *Manual de escritura académica y profesional* (vol. 2), Barcelona: Ariel.
- MORALES, O., CASSANY, D. y GONZÁLEZ, C. (2007): "La atenuación en artículos de revisión odontológicos publicados en español entre 1994-2004: Estudio exploratorio", *Ibérica*, 14, pp. 33-58.
- MUÑOZ, C. (2011): *Ánalisis contrastivo y traductológico de textos médicos (inglés-español). El género caso clínico*. Tesis de doctorado en Traducción y Estudios Interculturales, Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- POZZI, M. y CAZÉS, H. (2004): "El lenguaje de las historias clínicas: lo que revela desde las perspectivas lingüística y humana", Cabré, M. T. y Estopá, R. (eds.), *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud*, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, pp. 81-97.
- PRIETA-MIRALLES, V. (2002): "La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos", *Panace@*, 3(8), pp. 36-39.
- RAMOS, P. y ARENAS, A. (2013): "Chile: Acceso a la ficha clínica para investigación científica", *Revista Chilena de Derecho*, 40(3), pp. 1055-1071. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-34372013000300017>
- RÍGANO, M. (2014): "Estrategias lingüísticas para la construcción de la autoridad en las consultas con médicos de niños", *Tonos Digital*, 27.
- ROMÁN-BELMONTE, J. M. (2015): *Comparación de dos métodos de escritura de historia clínica electrónica*. Tesis de doctorado en Medicina Física y Rehabilitación, Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- ROMERO, A. y ÁLVAREZ, M. (2020): "La escritura académica de estudiantes universitarios de Humanidades a partir de sus producciones. Estudio transversal", *Revista mexicana de investigación educativa*, 25(85), pp. 395-418.
- RUIZ, J. (2012): *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao: Universidad de Deusto.
- SALAGER-MEYER, F. (1994): "Hedges and textual communicative function in medical English written discourse", *English for Specific Purposes*, 13, pp. 149-170. [https://doi.org/10.1016/0889-4906\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0889-4906(94)90013-2)
- SALDIVIA, Y. y MUSCI, M. (2019): "Construir una voz propia: la escritura de la sección Introducción en tesinas de licenciaturas", *Informe Científico Técnico UNPA*, 11(2), pp. 106-127. <https://doi.org/10.22305/ict-unpa.v11i2.790>
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2013): "Aplicabilidad de la tipología de las funciones retóricas de las citas al género de la memoria de máster en un contexto

- to transcultural de enseñanza universitaria”, *Revista Signos*, 46(81), pp. 82-104.
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2014): “Evolución y desarrollo del texto de especialidad”, *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 57, pp. 113-136. https://doi.org/10.5209/rev_CLAC.2014.v57.44517
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2018): “La comunicación lingüística en español y sus barreras en el sistema de salud de los Estados Unidos”, Van Hooft, A. (coord.), *El español como lengua para la innovación profesional*, Amsterdam: Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación y Formación Profesional, pp. 114-125.
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2020): “La dialogicidad en la tesis doctoral y el artículo de investigación escritos en inglés y español en Medicina”, De Vicente, A. y Abuín, N. (coord.): *La comunicación especializada del siglo XXI*. Madrid: McGraw-Hill, pp. 343-364.
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2023): “Comentarios críticos escritos por estudiantes de Medicina sobre la evaluación del paciente”, *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 93, pp. 1-16.
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. (2024): “La voz del autor en el discurso médico y sus implicaciones en ELE”, *Revista Internacional de Lenguas Extranjeras/International Journal of Foreign Languages*, (20), pp. 129-147. <https://doi.org/10.17345/rile20.3408>
- SÁNCHEZ-JIMÉNEZ, D. y MEZA, P. (2022): “Posicionamiento y dialogicidad en la escritura académica y profesional”, *Círculo de lingüística aplicada a la comunicación*, 90, pp. 1-4.
- SWALES, J. (2004): *Research genres*, Cambridge: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139524827>
- TOBEÑA, A. (2004): “Ocultación del pensamiento científico: de las trincheras de la divulgación a los mandarinos ilustrados”, Cabré, M. T. y Estopá, R. (eds.), *Objetividad científica y lenguaje: la terminología de las ciencias de la salud*, Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, pp. 49-62.
- TOGNINI-BONELLI, E. (2001): *Corpus Linguistics at Work*, Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- URIBARRI, I. (2007): “La descripción científica y el caso clínico”, *Revista de Neurocirugía*, 9(2), pp. 56-63.
- WANG, J. y JIANG, F. (2018): “Epistemic stance and authorial presence in scientific research writing: Hedges, boosters and self-mentions across disciplines and writer groups”, Mur-Dueñas, P. y Šinkūnienė, J. (eds.), *Intercultural perspectives on research writing*, Amsterdam: John Benjamins, pp. 195-216.
- WU, B. y PALTRIDGE, B. (2021): “Stance expressions in academic writing: A corpus-based comparison of Chinese students’ MA dissertations and PhD theses”, *Lingua*, 253, pp. 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2021.103071>
- YANG, A., ZHENG, S. y GUANG-CHUN, G. (2015): “Epistemic modality in English-medium medical research articles: A systemic functional perspective”, *English for Specific Purposes*, 38, pp. 1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.esp.2014.10.005>

