

LA ANTROPONIMIA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Ricard Morant

*Universitat de València*

ricardo morant *en uv es*

Resumen

Nuestro objetivo es estudiar los nombres propios que los profesionales de la sanidad utilizan para referirse y dirigirse a los pacientes en la atención asistencial. Para realizar esta investigación hemos elaborado primeramente, un gran corpus de antropónimos empleados en este tipo de interacción a partir de múltiples fuentes. Seguidamente hemos analizado, clasificado, descrito y explicado los datos obtenidos. La hipótesis es que el antropónimo constituye un elemento relevante en la relación personal sanitario/ paciente pero su uso resulta complejo. Para probar esta complejidad designativa dedicamos las siguientes páginas, que hemos dividido en tres partes: introducción, análisis de cuestiones antroponímicas y conclusión.

Palabras clave: Antroponimia, relación médico-paciente, comunicación sanitaria.

Morant, Ricard. 2016.

La antroponimia en la atención sanitaria.

*Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* 66, 278-300.

<http://www.ucm.es/info/circulo/no66/morant.pdf>

<http://revistas.ucm.es/index.php/CLAC>

<http://dx.doi.org/10.5209/CLAC.52775>

© 2016 Ricard Morant

*Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación (clac)*

Universidad Complutense de Madrid. ISSN 1576-4737. <http://www.ucm.es/info/circulo>

## Abstract

Anthroponyms in Health Care Interventions. This research aims to examine the personal names used by health care professionals to refer to and speak with patients in medical consultations. To this end, a large corpus was created with anthroponyms used in this type of settings and extracted from a variety of sources. The data obtained were then analyzed, classified, described and explained. Our hypothesis is that personal names are relevant elements in the relationship between the health care provider and the patient; however, their use is decidedly complex. In the following pages we will discuss this designative complexity by way of an introduction, an analysis of anthroponymic studies and a conclusion.

Key words: Anthroponyms, patient-physician relationship, health communication.

## Índice

1. Introducción 280

2. La antroponimia en el contexto sanitario 281

2.2. La identificación, designación y apelación al paciente 282

2.1.1. La apelación antroponímica al paciente 285

2.1.1.1. La diversidad denominativa al llamar al paciente 285

2.1.1.2. La elección antroponímica al llamar al paciente 289

2.1.1.3. El nombre de pila al llamar al paciente anciano 291

3. Conclusiones 295

Bibliografía 296

## 1. Introducción

El objetivo de este artículo es llevar a cabo una aproximación sobre un aspecto lingüístico de la comunicación sanitaria, el referente a los antropónimos empleados por los proveedores de la salud en la atención asistencial.

El artículo se centra en los nombres propios que los profesionales de la sanidad utilizan para referirse y dirigirse a los pacientes porque estas denominaciones no solo revelan la relación existente o la que se pretende generar entre los participantes<sup>1</sup> en la interacción asistencial<sup>2</sup> (Escandell 2005: 109, García-Perales 2008: 162, Maíz y Braga 2014: 97-98), sino que también pueden repercutir en el estado de salud del enfermo.

Para la realización del artículo hemos seguido una metodología sencilla basada en dos fases. Primeramente, hemos recopilado información a partir de múltiples fuentes, elaborando un gran corpus de antropónimos y expresiones denominativas empleadas por el personal sanitario para llamar y aludir a los pacientes. En esta etapa previa no solo hemos consultado trabajos académicos y científicos procedentes de la medicina (López-Ibor 2008; Costa 2011; Blázquez et al. 2012; Crestanello 2014; Cofreces 2014, entre otros) y de la lingüística (Cepeda 2006; Salvador y Macián 2009; Hernández 2010; Valero 2012; Grupo CRIT 2014, entre otros), sino que también hemos recurrido a películas, series de televisión, artículos de opinión, noticias, páginas *web*, *blogs*, manuales de estilo de centros hospitalarios, autobiografías y obras literarias. Nos hemos fundamentado asimismo en conversaciones, entrevistas y encuestas realizadas durante los años 2014 y 2015 a médicos, personal de enfermería, familiares de enfermos y usuarios de la sanidad pública y privada.

En la segunda etapa de la investigación hemos analizado, clasificado, descrito y explicado los datos obtenidos.

---

<sup>1</sup> Las fórmulas denominativas empleadas en una interacción dan una información importante y así se pone de manifiesto en el Comentario al artículo 8.2 del Código español de Ética y Deontología Médica de 1990: “Tratarse de usted o tutearse, llamarse por el nombre de pila o por el apellido, son detalles de relieve, pues manifiestan la noción que uno tiene del otro.” (<http://www.unav.es/cdb/dhbcedmarticu08.2.html>).

<sup>2</sup> Parece cumplirse el dicho “dime cómo interpelas o te refieres a alguien y te diré qué relación mantienes o quieres mantener con él”. Según una de las enfermeras encuestadas, que cuenta con años de experiencia en la profesión, “las primeras veces que hablas con el paciente ya entablas el tipo de trato que quieres para ti y también el que quieren ellos”, es decir, se va creando el vínculo que se desea mantener.

La hipótesis a demostrar es que el antropónimo constituye un elemento relevante en la relación personal sanitario/ paciente cuyo uso no sigue una regla válida para todos los casos. A la demostración de esta complejidad designativa dedicamos las siguientes páginas, que hemos dividido en tres partes. La primera, consiste en una breve introducción. La segunda, aborda distintas cuestiones agrupadas en cuatro subapartados: los temas antropónicos relacionados con la identificación, designación y apelación al paciente; la enumeración de las etiquetas denominativas empleadas con carácter vocativo en el entorno asistencial; los criterios de selección en este tipo de interacción; y la reacción de los enfermos ancianos cuando el personal sanitario se dirige a ellos mediante ciertas marcas designativas asociadas al nombre de pila. El artículo se cierra con unas breves conclusiones.

Investigar el empleo de los antropónimos en nuestro sistema sanitario no resulta una tarea sencilla porque cada profesional y cada paciente es un mundo y porque las tendencias denominativas no permanecen estáticas sino que se van adaptando a las transformaciones sociales (la introducción de las nuevas tecnologías, los flujos migratorios, la lucha contra la discriminación, el nuevo perfil de los pacientes que poseen mayor formación, etc.).

## 2. La antroponimia en el contexto sanitario

Dentro de este apartado se tratan cuatro aspectos claves: en el punto 2.1 se reflexiona sobre los temas fundamentales relacionados con los nombres propios de los usuarios de la sanidad, es decir, sobre la identificación, designación y apelación al paciente; en el punto 2.1.1 se analiza la apelación antropónica cuando el profesional sanitario entra en contacto con el usuario y se divide en tres subapartados, el 2.1.1.1, correspondiente a los antropónimos habituales en el ámbito estudiado (nombre de pila, apellido, hipocorístico, etc.), el 2.1.1.2, referido a los factores que influyen en su elección (personales, culturales, comunicacionales, etc.) y el 2.1.1.3, que se ocupa de las fórmulas apelativas asociadas al nombre de pila empleadas por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud al interactuar con pacientes ancianos.

## 2.2. La identificación, designación y apelación al paciente

Al indagar en el ámbito médico los aspectos fundamentales emparentados con los nombres propios de los usuarios de la atención asistencial sobresalen al menos dos grandes áreas temáticas: la de la identificación y la de la designación y apelación de estas personas.

La necesidad de identificar correctamente al paciente constituye un punto clave para salvaguardar la seguridad del servicio de salud (Ramírez et al. 2011), para evitar errores en la asistencia sanitaria, que pueden poner en peligro la vida del enfermo:

Una paciente a la que sólo se identificó por el nombre de pila estuvo a punto de ser intervenida de un sinus pilonidal cuando estaba programada en otro quirófano para intervenir de una histeroscopia. (Bartolomé et al. 2006: 276).

Con el fin de evitar equivocaciones de esta clase en los centros hospitalarios se utilizan pulseras o brazaletes identificativos. Estos accesorios, en los que consta entre otros datos, el nombre y el apellido<sup>3</sup> y la fecha de nacimiento, se emplean con un doble objetivo, el del conocimiento y el del reconocimiento del paciente, o sea, se utilizan con el fin de “reforzar la seguridad en la práctica sanitaria y favorecer un trato más cercano y humano entre los profesionales y los enfermos”.

Aparte de la seguridad, en el ámbito asistencial se tiene que proteger el derecho de los usuarios a la “confidencialidad, privacidad e intimidad”. Este deber de los sanitarios exige, además de determinadas precauciones (“evitar la exposición de listados de pacientes, agenda de consultas o letreros con los nombres de las personas hospitalizadas”<sup>4</sup>, no mencionar nombres de enfermos en lugares públicos, etc.), el empleo de ciertas fórmulas nominales encubridoras. Entre las etiquetas identificativas tendientes a salvaguardar el secreto médico sobresalen las iniciales<sup>5</sup> o los nombres

---

<sup>3</sup> El profesional sanitario para asegurarse de que el usuario es el que debe ser sometido a la intervención quirúrgica, antes de la operación, le pregunta su nombre completo y comprueba si la respuesta coincide con los datos registrados en la pulsera o brazaletes que lleva encima.

<sup>4</sup> *Manual de Estilo para la práctica Hospitalaria. Propuesta del Hospital Alemán* (2013: 18).

<sup>5</sup> Enrique Martín (2009: 131) señala que el uso de las iniciales “es como camuflar el nombre con un pasamontañas para dejar ver apenas unos rasgos aislados del rostro”.

ficticios<sup>6</sup>. En la *Guía de prácticas clínicas de la Escuela Universitaria “Casa de salud Valdecilla” (curso 2009/10)*<sup>7</sup>, por ejemplo, se les advierte a los estudiantes en formación que:

Guardarán una estricta confidencialidad sobre cualquier información referente a los usuarios/pacientes, que lleguen a su conocimiento en el desarrollo de sus prácticas. Los casos clínicos que utilicen para la actividad docente no contendrán datos que pongan en riesgo su anonimato, refiriéndose a los participantes con iniciales o nombres supuestos.

El uso de nombres ficticios se aconseja en ocasiones, aparte de por razones de privacidad, por cuestiones de seguridad. Pedro Miranda en “Sumer, el alias del Rey durante su ingreso en el Clínic” (01-06-2010) hace referencia al pseudónimo que empleó don Juan Carlos al ser ingresado en el Hospital Clínic para extirparle un nódulo de un pulmón: se le creó un nombre falso a partir de las siglas SUMER (SU Majestad El Rey) y de la repetición de un apellido muy común entre los españoles, Sánchez.

Otro aspecto antroponímico digno de comentario es el de las denominaciones referidas y el de las denominaciones dirigidas directamente al paciente. Respecto a las primeras:

Los sanitarios en general (y los médicos, en particular) tenemos la pésima costumbre de llamar a los pacientes, entre nosotros, por su diagnóstico o por su cama, en lugar de por su nombre. El señor José Fernández, que toda la vida – desde que le creció el bigote- ha sido Don José, pasa así a convertirse en el páncreas de la 715-1. O la Sra. Obdulia Martín, conocida por sus vecinas como Lita, es la vesícula de la 402-2. (<http://blogdrajomeini.blogspot.com.es/2011/03/deshumanismo.html>.)

---

<sup>6</sup> Según Gómez y Gómez (2009: 72): “El hecho de que los pacientes puedan figurar en la historia clínica con otro nombre, se debe a que es una forma de hacer efectivo su derecho a la privacidad, a su intimidad sobre los datos de salud (artículos 10.1 de la Ley 14/1986 de 23 de abril, General de Sanidad)”. Por ejemplo, en el protocolo de confidencialidad del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo) no solo se insta a la utilización de esta clase de nombres [encubridores] sino que también se describe cómo se han de crear: “manteniendo el nombre de pila [del paciente], seguido del segundo apellido de la madre y del segundo apellido del padre, por este orden” (<http://www.fphomc.es/sites/default/files/manualpaimc.pdf>).

<sup>7</sup> <http://www.unican.es/NR/rdonlyres/83BD5875-ECE2-42E2-9AA6-8F4CC07200A7/4967/>.

Todas estas formas designativas (Padilla y Rugerio, 2002: 19-20) suelen molestar al paciente porque lo deshumanizan (Díaz, 2008: 31), lo despersonalizan, le arrebatan “algo tan esencial y propio de cada ser humano como es la identidad” (Burgos y Paravic 2003), le despojan de su nombre y apellido y lo reconocen “según la enfermedad que padece, el órgano afectado, el examen solicitado, la intervención realizada, por la sala de hospitalización o por el número de cama”. Esta tendencia denominativa<sup>8</sup> se da entre el personal sanitario<sup>9</sup> pero también sorprendentemente, entre los mismos familiares de los pacientes cuando se dirigen a los profesionales para solicitarles algo: "Soy la hija del 20 (V), quería..., Soy familiar del 15 (P) creo que le ha subido la temperatura...." <sup>10</sup>.

En cuanto al empleo de las denominaciones apelativas, parece aconsejable aplicar la recomendación dada por López (2007: 90) al cuerpo médico, que “al encontrarse con sus pacientes, lo adecuado será que los salude por su propio nombre y no de una manera impersonal e indiferente”. El argumento para defender este consejo lo señala Ariza (2012): “cuando se identifica a alguien por su nombre se le hace sentir valorado como persona, se le individualiza, se le hace sentir importante, más seguro y con mucha menos frialdad”. El llamar por el nombre, por tanto, es algo que gusta a los enfermos y a sus parientes, y la siguiente carta constituye una prueba de ello:

Soy hija de un paciente oncológico del hospital Marqués de Valdecilla desde el 23 de agosto del 2004. Mi madre falleció hace un mes debido a los problemas derivados de un cáncer de mama con metástasis ósea que desde el primer momento no tenía ninguna posibilidad de curación. Durante todo este tiempo hemos tropezado con un montón de problemas, incrementados desde la inauguración de Valdecilla Sur. La mayor parte de los pacientes que llegan en el

---

<sup>8</sup> Al examinar esta tendencia nominal llama la atención el hecho comentado por una médico geriatra y pediatra: el que “En adultos, se tiende más al [trato despersonalizado] “Le he pedido una placa al ictus de la 11-2”, “¿Le has pautado el amoxiclavulánico a la neumonía de la 9-1?”; en cambio, “a los niños, aunque tengan diez minutos de vida y pesen 500 gramos, se les llama por su nombre. “Le he pedido una placa a Daniel”, “¿Le has pautado el amoxiclavulánico a Sofía?”” (“Pediatria versus adultología” [unfondoenvillamocos.com/2015/03/18/pediatria-versus-adultologia/](http://unfondoenvillamocos.com/2015/03/18/pediatria-versus-adultologia/))

<sup>9</sup> Lo que resulta chocante es lo que comenta Franco (2003: 81-82), que a veces, el mismo profesional que se refiere o trata a un paciente mediante etiquetas despersonalizadoras en la sanidad pública, se dirige o alude a él de forma personalizada cuando lo recibe en su consulta privada.

<sup>10</sup> Comentario al artículo “Señor doctor. ¡Yo te pego leche! Publicado el 28 de julio de 2010 (<http://www.elmundo.es/blogs/salud/profesion sanitaria/pagina/4/>).

estado de mi madre se tienen que levantar a las 7 de la madrugada y pasar unos 45 minutos de viaje para llevar a cabo la extracción de sangre que generalmente realiza una de las tres enfermeras que son maravillosas y las tratan de una forma tan especial. A pesar del madrugón a ningún paciente le importa porque no se sienten pacientes. Cada uno de ellos es tratado por su nombre y de forma personalizada como si fuese el único paciente. (Pilar Palencia, Santander, 17-06-2010)<sup>11</sup>

A pesar de todo lo anterior, se continúan utilizando denominaciones impersonales, que pueden referirse a cualquiera y que suelen molestar a los enfermos porque dan a entender que el profesional desconoce su nombre o no tiene interés o tiempo en conocerlo. La doctora Iraburu (2006: 57) reflexiona sobre este polémico hábito:

Los apelativos [impersonales] utilizados por el personal varían: cariño, hermosa, majo, majica, princesa, rey... Es indudable que todos son apelativos amables y dichos con la mejor intención, pero quizá de una familiaridad exagerada y con un cuestionable toque infantil. En ningún otro sitio ocurre esto, ni en el notario, ni en el banco, ni en el juzgado. Deberíamos pensar en por qué algo que se consideraría intolerable en cualquier otro lugar, en los centros sanitarios resulta asumido por unos y practicado por otros con total naturalidad.

#### 2.1.1. La apelación antroponímica al paciente

Seguidamente, dejamos a un lado las formas de identificar y designar al usuario de la sanidad y nos centramos en la manera que tienen los trabajadores de la salud de dirigirse mediante antropónimos a los pacientes que atienden.

##### 2.1.1.1. La diversidad denominativa al llamar al paciente

Si estudiamos en profundidad las etiquetas antroponímicas encaminadas a la apelación de los usuarios en los centros asistenciales nos encontramos con un amplio espectro: con el nombre completo teniendo en cuenta los dos apellidos (usado en la llamada al

---

<sup>11</sup> <http://www.eldiariomontanes.es/prensa/20100617/opinion/cartas-director/atencion-valdecilla-20100617.html>.



paciente en muchas salas de espera ), el nombre más apellido (habitual para solicitar la presencia de los familiares de los enfermos ingresados en urgencias), el apellido (precedido de Sr. / Sra. en el trato formal), el nombre de pila (utilizado en el trato empático), el hipocorístico (destinado a los más pequeños), y el apodo (aplicado en relaciones de mucha confianza).

De entre todos estos mecanismos designativos, dejaremos a un lado los dos primeros y comenzaremos por reflexionar brevemente sobre los de carácter informal, no sin antes advertir que algunas de estas etiquetas son incompatibles (apellido e hipocorístico, por ejemplo) mientras que otras, pueden alternar en boca de un mismo profesional sanitario a lo largo de la interacción establecida (apodo y nombre de pila, por ejemplo), como se demostrará en el punto siguiente.

#### *Apodo*

Con respecto a los moteos usados con los pacientes conviene señalar en primer lugar, que algunos sanitarios los suelen emplear para dirigirse a pacientes normalmente jóvenes con los que mantienen una relación estrecha. En la escena número cuatro de la película “Planta Cuarta” se observa este hecho, concretamente en el saludo del primer facultativo:

1. Médico 1: ¡Hoolaaa, Pelón !
2. Miguel Ángel: Joeee, doctor Marcos. Cada vez viene uste(d) con má(s) gente.
3. ¿Vaaa a formar un equipo de fútbol?
4. Médico 1: ¿Quééé, cómo vamos?
5. Miguel Ángel: Bueno, no me quejo, desayunando en la cama a la(s) diez de la mañana.
6. ¿Se puede pedir másss?
7. Médico 1: Va muy bien pero procura que te dé másss el sol y el aire en el muñón ¿eh, Miguel?

En segundo lugar, interesa subrayar que la utilización de apodos parece habitual en determinados entornos sanitarios de carácter cerrado como los centros psiquiátricos. Prieto (2010: 82) sostiene que los sobrenombres se usan dentro de estos espacios porque la interacción entre trabajadores y pacientes es muy profunda, son una “señal de que las

interacciones entre los propios pacientes y el personal sanitario van más allá del conocimiento de sus patologías o antecedentes clínicos”.

### *Hipocorístico*

Entre este tipo de antropónimos, utilizados normalmente con carácter afectivo en el ámbito de la familia, destacan los constituidos a partir del nombre legal en diminutivo: Fernandito, Marieta, etc. Estas denominaciones hipocorísticas las suelen emplear los profesionales de la salud en su relación con los más pequeños. Por ejemplo, los odontólogos para ganarse la confianza de los niños poco colaboradores se dirigen a ellos o por el nombre de pila, o por aquel que utilizan sus parientes para llamarles (Cano, 2010: 17) que a menudo coincide con el nombre oficial en forma diminutiva (Pacheco y Trujillo 2007: 29). Lo que choca es comprobar que esta misma fórmula nominativa se emplea también al entrar en contacto con pacientes adultos. Una enfermera comenta en la red<sup>12</sup> que trabaja con una compañera “que todos, tengan la edad que tengan, son ‘sus manolitos’, ‘sus paquitos’, ‘sus andresitos’” (28-07-2010). Con este trato nominal se persigue un mejor acercamiento o se intenta mostrar cariño<sup>13</sup>. Sin embargo, algunos usuarios de la sanidad, se sienten molestos al ser tratados de esa manera tan infantil:

(...) eran amables conmigo, el médico utilizaba el diminutivo de mi nombre para llamarme y todo lo acababa en “ito”. Las enfermeras no se presentaron ni me preguntaron mi nombre, pero me llamaban “cariño” y cielo”. Cuando yo preguntaba por alguna intervención o por el progreso del parto el médico me decía “tranquila, yo sé lo que hago”, y no me respondía. Me infantilizaron, me empequeñecieron. Me sentí como una disminuida psíquica y no como una mujer de 36 años, hecha y derecha. (Fernández, 2006: 32)

---

<sup>12</sup> <http://www.elmundo.es/blogs/salud/profesion sanitaria/pagina/4/>

<sup>13</sup> El doctor Víctor Manuel Campos el 16 de junio de 2013 en su artículo “La historia de don Marquitos” lo manifiesta abiertamente: “Don Marquitos era un paciente que rondaba los 60 años, a quien llamábamos por el diminutivo de su nombre debido al cariño que le llegamos a tener todos los que le tratamos.” ([www.laprensagrafica.com/la-historia-de-don-marquitos](http://www.laprensagrafica.com/la-historia-de-don-marquitos))

### *Apellido*

Por lo que respecta al uso del apellido, Molinero y de Pablo (2007: 45) sostienen que: “És aconsellable dirigir-se al malalt pel seu cognom i amb tracte de *vostè*, llevat que es tracti de persones molt joves (en termes relatiu, és a dir, més joves que l’entrevistador)”. Sin embargo, poner en práctica este principio “Para muchos pacientes es incómodo porque crea distancia y agrava la ansiedad” (Othmer y Othmer 2003: 16). Ante la incertidumbre onomástica con la que se enfrenta diariamente el personal sanitario (debida, entre otras cosas, a que “lo que es agradable para uno puede ofender a otro” (Fast y Fast 1981: 72-73)) algunos aconsejan que en cuestiones de cortesía más vale pecar por exceso que por defecto, que resulta más fácil dirigirse en un principio al usuario por el apellido y después, si este lo desea, por el nombre de pila, que al revés. Recomiendan por tanto, usar de entrada el apellido (con un Señor/-a antepuesto) y en cuanto se pueda, preguntar al enfermo el trato preferido.

### *Nombre de pila*

Este antropónimo sobresale porque le va ganando terreno al apellido no solo en el ámbito educativo (Luján 2014: 77) sino también en el asistencial.

Si se analizan las opiniones del personal sanitario respecto al nombre de pila se advierte la existencia de opiniones discordantes. Tenemos por una parte, el grupo que defiende su empleo porque inspira confianza en el enfermo y favorece su colaboración con el médico (Castañeda 2013). Por otro lado se encuentran los que sostienen que “dirigirse a un adulto por su nombre de pila” constituye uno de los “errores que ponen en peligro el desarrollo de una buena entrevista [médica]” (López Ibor, 2008), los que ven en ello un reflejo del rol paternalista<sup>14</sup> del facultativo. Entre unos y otros están los que admiten o no su uso en virtud de la situación, quienes afirman que: “En algunos casos el profesional puede dirigirse al paciente por su nombre de pila si siente que de este modo

---

<sup>14</sup> En el trabajo de Eymann et al. (2011) se señala que algunos investigadores “consideran que los médicos no deberían dirigirse a sus pacientes por el nombre de pila, debido a que este trato podría corresponderse con un modelo paternalista, que reduce el estatus del paciente en un momento en el que éste podría sentirse vulnerable.”

ayuda a crear un clima de confianza, evitando abusar de esta estrategia” (Hospital Alemán 2013: 21).

Si se indaga sobre lo que piensan los pacientes como receptores de esta fórmula nominal comprobamos que existen asimismo tres posturas: el partidario de que le llamen por el nombre de pila, el que no le importa que le apelen de ese modo y el que se molesta cuando se dirigen a él de esa manera.

Tras presentar los antropónimos más usuales en el entorno sanitario surge la cuestión que ya planteaba Vallejo-Nájera (1980: 138) en la década de los ochenta: “Aquilino”, “Don Agustín”, “El Eufrasio”. ¿Por qué a un enfermo se le llama de *tú*, a otro de *usted*, a un tercero se le antepone el *Don*, a un cuarto el “*El*” y al vecino se le conoce por el apellido?

#### 2.1.1.2. La elección antroponímica al llamar al paciente

Para dar respuesta a la pregunta anterior, para aclarar lo que determina el empleo de un antropónimo u otro, partimos de dos ideas. En primer lugar, que “nombrar no es un acto inocente”, que “Cuando se nombra suele hacerse eligiendo entre varias posibilidades”, o sea, que “a diferente forma, diferentes efectos psicosociopragmáticos” (Fuentes 2013). Y en segundo lugar, que la selección de las etiquetas denominativas viene determinada sobre todo por las características personales, culturales, comunicacionales e incluso por el grado de conocimiento existente entre los interlocutores.

Para ilustrar la influencia decisiva que pueden tener los rasgos personales (edad, sexo, etc.) en la selección antroponímica por parte del cuerpo médico o de enfermería, basta recordar el caso de las personas transgénero. Para dirigirse a ellas los profesionales sanitarios suelen servirse o bien de su apellido, o bien de su nombre social (el elegido por ellas, no coincidente con el nombre de pila legal). Este comportamiento lingüístico se refleja con claridad en el artículo de Luz Sánchez “Hombre y mujer por derecho”, publicado en El País Semanal el 15 de enero de 2006:

‘Antonio Sánchez, pase con la doctora Esteva’. Martes, mediodía. Hospital Civil de Málaga, consulta de endocrinología. Al oír su nombre, un chico bajito – (...) – va tras la enfermera seguido por la mirada cómplice de la parroquia habitual de obesos y diabéticos de la especialidad. Es uno de éstos, dicen sin decirlo. Dentro, Isabel Esteva saluda a su paciente. –‘Hola, Antonio, ¿cómo estás?, ¿qué vas

notando? Vamos a ver tus análisis’. Ambos saben que Antonio no se llama Antonio. El nombre que figura en su DNI puede ser María, o Ana, o Inmaculada Concepción. Tiene mamas, vagina, útero, ovarios; la dotación completa de la pareja de cromosomas XX. Una mujer biológica en toda regla. Pero es Antonio. Piensa, siente y actúa como Antonio, y está en esta consulta del Servicio Andaluz de Salud haciendo escala en una de las primeras estaciones del tránsito de su vida. Su reasignación de sexo.” ([http://elpais.com/diario/2006/01/15/eps/1137310010\\_85025.html](http://elpais.com/diario/2006/01/15/eps/1137310010_85025.html))

Otro de los factores esenciales que los trabajadores de la sanidad han de tener en cuenta para un empleo apropiado de las fórmulas denominativas es la procedencia cultural del enfermo. Los profesionales de la salud son conscientes de que el usuario acude al centro asistencial, además de con una serie de síntomas, con unos patrones comunicativos adquiridos en su país de origen o de residencia que pueden no coincidir con los de la sociedad en la que es atendido. Esto implica por ejemplo, que los ciudadanos de Europa del Este al presentarse en una consulta externa “esperan que se les trate de “usted” y se les llame por el apellido”<sup>15</sup> (Grupo CRIT); los cubanos, en cambio, están acostumbrados a que les interpielen (y a interpielar) por el nombre de pila. El incumplimiento de estas expectativas lingüísticas puede provocar choques culturales<sup>16</sup> como el que sufrió Pilar Saavedra (2012: 69) en una clínica madrileña al ser apelada por su nombre personal mientras esperaba al ginecólogo:

Me atreví incluso a decirle [a la enfermera] que en Tánger, de donde yo venía, a las personas, cuando no se les conoce, no se les llama por su nombre de pila a secas y que a mí en Marruecos me llamaban *mademoiselle* Saavedra. Fue lo primero que se me ocurrió y era cierto. Mi respuesta surtió efecto porque el doctor Vidal en persona muy amablemente me pidió excusas y en la siguiente visita oí que llamaban a las pacientes por su nombre y apellido.

---

<sup>15</sup> <http://www.saludycultura.uji.es/europaeste7.php>.

<sup>16</sup> Para evitar esta serie de conflictos en la comunicación sanitaria, para formar e informar sobre las peculiaridades culturales de las personas alóctonas se están realizando guías y trabajos como el de López et al. (2013) o los del grupo CRIT (2014) de la Universitat Jaume I de Castelló, entre cuyos miembros se encuentran Francisco Raga, Roberto Ortí, Dora Sales o Enric Sánchez.

Otra serie de elementos fundamentales en la selección onomástica asistencial son los relacionados con la situación comunicativa: la finalidad, el canal, el contexto, etc. Para ilustrar, por ejemplo, la trascendencia de este último factor, la importancia del lugar en el que se desarrolla la interacción, conviene recordar cómo al facultativo se le recomienda utilizar un antropónimo distinto cuando se dirige al paciente en la consulta y cuando lo hace en el quirófano. En este último recinto, por las intervenciones sangrientas que en él se realizan, el enfermo se siente “intensamente impresionado y profundamente anonadado” (Hernández, 2010: 145). Por eso, se afirma que, si en la consulta se puede usar el *don* para apelar al paciente, en la mesa de quirófano es mejor omitirlo con el propósito de tranquilizarlo y conseguir su colaboración (Grande, 2002).

El último factor determinante en la selección del antropónimo que vamos a comentar es el grado de conocimiento previo entre el facultativo o el enfermero y el paciente. Con respecto a esta cuestión, cabe destacar que no suele ser interpelado de la misma manera un enfermo al que se atiende por primera vez en un *box* de urgencias, que un crónico al que se lleva tratando desde hace muchos años. Uno de los pacientes que hemos entrevistado (de 40 años) nos comentó que la neurocirujana que le atiende desde hace tres años (joven también), le llama Patxi (no Francisco Javier como consta en su DNI) y que él se dirige a ella por su nombre de pila. Este tratamiento es distinto al que mantuvieron en la primera entrevista clínica en el que ambos se mostraron mucho más distantes.

#### 2.1.1.3. El nombre de pila al llamar al paciente anciano

Queremos profundizar en el uso del nombre personal dirigido al enfermo entrado en años por dos razones: porque ilustra claramente la evolución de nuestro sistema antroponímico (Crestanello 2014) y porque su uso inadecuado en el ámbito de la salud es considerado una forma de maltrato para el colectivo de los mayores (Moya 2007: 37).

Al examinar las fórmulas asociadas al nombre de pila de las que se valen los sanitarios para dirigirse a los ancianos nos encontramos con las siguientes: nombre de pila + verbo en primera persona del plural (“Teresa, ¿cómo estamos?”), *señor/-a* + nombre de pila + tratamiento de usted (“Sra. Carmen, pase”), *don/ doña* + nombre de pila + tratamiento de usted (“Don Salvador, espere”), nombre de pila + tuteo (“Antonio, entra”), nombre de pila + tratamiento de usted (“Adela, dígame”). De entre todas estas, la primera

destaca porque se va extendiendo con celeridad; la segunda, por su uso a pesar de ser normativamente inaceptable (porque lo correcto es utilizar el *Sr. / Sra.* junto al apellido) y la tercera, la más formal de todas, porque su empleo parece que pierde vigencia. En este sentido interesa subrayar las palabras del lingüista Ángel López para quien el ingreso en el hospital o en la UCI conlleva a menudo el rebajamiento social cuyo reflejo onomástico es la pérdida de la partícula *don*: “Entraste siendo Don Juan y al desnudarte y ponerte la bata pasaste a Juan o Juanito”.

Las expresiones designativas cuarta y quinta merecen un comentario más detallado. De estas dos, la fórmula que combina el nombre de pila y el tuteo<sup>17</sup> para apelar a un anciano enfermo desconocido es la que más problemas plantea<sup>18</sup>. A la extensión de este mecanismo nominal entre el cuerpo médico y de enfermería se refieren Escandell (2005: 109) y Cantera (2012: 61). Estos investigadores señalan que, a pesar de que la intención de los profesionales en estos casos es buena (acercarse, mostrar afecto, generar confianza, etc.), la reacción en el enfermo mayor puede ser negativa. Este puede sentirse agredido al recibir inesperadamente un trato que considera irrespetuoso por un exceso de familiaridad<sup>19</sup>:

---

<sup>17</sup> Esta fórmula resulta polémica porque gusta a unos pero disgusta a otros, como se desprende de la lectura del siguiente fragmento de “El Arte de tutear” (15-9-2010): “Sea cual sea la edad del enfermo, en cuanto ingresa en clínica u hospital casi deja de tener apellido para ser sólo un nombre de pila junto a un tuteo obligado” (<http://www.abc.es/20100915/comunidad-catalunya/arte-tutear-20100915.html>). No olvidemos, por tanto, que “algunos pacientes viven el tuteo y las fórmulas coloquiales con incomodidad” (Fraguas y Palacios, 2009: 36) ni que “a muchas personas mayores no les gusta que les llamen por el nombre de pila por sí solo y menos que lo hagan personas más jóvenes” (Padilla y Rugerio, 2002: 3).

<sup>18</sup> Hay que insistir en que reaccionan negativamente los mayores que en el primer encuentro asistencial reciben un trato demasiado cercano para su forma de ser y de pensar. Sin embargo, hay enfermos de la tercera edad que admiten con naturalidad este tratamiento: una de las familiares de pacientes entrevistada nos contó que su padre de 90 años, que recibía atención domiciliaria, era tuteado e interpelado por el nombre de pila (Vicente) y eso le gustaba. Es cierto que él daba el mismo trato (relación de paridad) a las personas que le atendían.

<sup>19</sup> Este desacuerdo entre el trato verbal esperado y el recibido puede afectar incluso al estado de salud del enfermo, y así lo pone de manifiesto en internet una profesora de universidad al relatar la experiencia de su padre: “Cada vez que entraba en el hospital y empezaba el personal “venga, Antonio, tómate la pastilla”, se ponía malo de verdad. El tuteo y las confianzas abusivas (que no es lo mismo que el cariño) hacían aún más inhumana su estancia.” (<http://pensarporlibre.blogspot.com.es/2008/04/sobre-el-tuteo-y-el-usteteo.html>).

Hombre, 85 años ingresa en un Centro Hospitalario, la primera enfermera que entra en la habitación le dice: “¡Venga *Juan*, ponte esto (dándole una prenda típica) que *te* llevo a Rayos!”.

Él la mira con ojos airados (y febriles) y con cierto retintín le espeta: “Señorita, ¿nos conocemos?” (evidentemente, está queriendo decirle que solo sus amigos y las personas familiares pueden o deben llamarle por su nombre de pila y de “tú”). (Fernández-Ballesteros, 2011: 20)

Los enfermos como este se rebelan contra este tratamiento por varias razones. Primero, porque son hijos de su tiempo, se han educado de otra manera. Hemos de pensar en que “la mayoría de las personas que ahora tienen más de 70 años, en su infancia y juventud, han llamado a las personas de edad *Don / Doña* o *Sr. / Sra.* Y han utilizado el *Vd. / Vds.* para referirse a la gente mayor” (Fernández-Ballesteros, 2011: 20). Esperan por consiguiente, un trato idéntico al que ellos daban a la gente anciana.

Protestan en segundo lugar, porque al apelarles por el nombre de pila se les trata de un modo condescendiente, se les infantiliza y para muchos mayores este es el peor de los maltratos. Este comportamiento nominal todavía resulta peor en el caso de los enfermos dependientes y cognitivamente deteriorados. A estos últimos, según Young et al. (2010: 36-37), se les habla en los hospitales empleando el *despeak*, una modalidad lingüística que se distingue porque:

Incluye un tono anormalmente agudo, una entonación exagerada, el uso inapropiado de diminutivos, *el uso de nombres de pila (en oposición al “señor” o “señora”) sin tener permiso para hacerlo*, alabanzas exageradas, el hecho de no escuchar realmente, el uso excesivamente simplificado de la gramática, una tendencia a desdeñar los intentos de comunicarse y una tendencia afín a evitar un compromiso comunicativo real.

Se indignan en tercer lugar, porque consideran que los profesionales de la sanidad, si quieren ser respetuosos con los pacientes, han de adaptarse a sus deseos. Para acertar en



el trato, para no molestar a Don Francisco al convertirlo en *Paco* o en *abuelo*<sup>20</sup> tras ser ingresado en el hospital, lo mejor es que el personal sanitario, o bien le pida permiso al enfermo para dirigirse a él de la manera en que lo hace (¿Le importa que le llame...?) o bien, que le pregunte como hacen los teleoperadores. Alfaro-LeFevre (1999: 44) ilustra este hecho al reflexionar sobre las condiciones que debe comportar una “entrevista enfermero-paciente” para resultar eficaz:

Verifique el nombre de la persona y pregúntele cómo le gusta que la llamen (por ejemplo: *Aquí pone que su nombre es Miguel Riera ¿Es así? ¿Cómo quiere que le llame?*). Verificar el nombre envía el mensaje de que quiere asegurarse de que todo es correcto. Usar el nombre que el usuario prefiere le ayuda a sentirse más relajado y envía el mensaje de que usted reconoce que es una persona con sus preferencias y desagradados.

Se trata de tener en cuenta una de las peticiones de los pacientes mayores en la interacción con el personal sanitario, la que dice: “Trátame con respeto. Pregúnteme si me puede llamar por mi nombre por favor” (<http://enfermeriajw.blogspot.com.es>).

Últimamente, y dentro de lo que Valero (2012: 87) denomina tendencia a la coloquialización de la entrevista médica, se ha extendido a la hora de reclamar la atención de los enfermos mayores (y de los adultos en general), la fórmula que combina el trato de *usted* con el nombre de pila: “Jesús, ¿le duele aquí?”, “Va a pasar aquí, María”. Se trata de una modalidad propugnada por los manuales de estilo de los centros asistenciales porque manifiesta respeto y confianza al mismo tiempo hacia el paciente.

La utilización del nombre de pila ayuda a generar un ambiente positivo siempre que se emplee moderadamente, que se utilice, por ejemplo, “como bienvenida, despedida y una o dos veces en el transcurso de la consulta” (Sáez, 2006).

---

<sup>20</sup> Este apelativo familiar suele molestar a muchos mayores: “Bien le duele al anciano ingresado de urgencias por hematemesis, que de pronto es tuteado y llamado “abuelo” por cualquier chiquillo que pasa por allí, de prácticas en la facultad, no digamos por administrativos, celadores, médicos y enfermeras. El anciano rumia su pensamiento sin decir nada: “¿De qué me conocerán?” o “¿Cuántas veces hemos comido juntos?”. (<http://www.actasanitaria.com/compasion-y-cortesia-piedad-y-ternura-medicina-armonica-con-ciencia/>)

El uso de *usted* demuestra deferencia pero por otra parte, marca la distancia terapéutica precisa para que el médico pueda afrontar su trabajo con objetividad (Baca 2002: 12) y el enfermo no abuse de su confianza (Hurtado 2002: 62; Suárez 2007: 4).

En definitiva, a través de la fórmula nombre de pila + “ustedeo”, los profesionales de la sanidad intentan conseguir una proximidad emocional, que pueda favorecer la interacción con el paciente y evitar al mismo tiempo una familiaridad impertinente, que puede entorpecer la práctica médica tanto con los pacientes autóctonos como con los alóctonos (Valero 2012: 82-83).

### 3. Conclusiones

Hemos realizado este trabajo con la intención de demostrar que un detalle comunicativo como la forma de identificar, referirse o dirigirse a un paciente puede tener una gran importancia en el ejercicio médico.

Una de las claves para que la relación profesional sanitario/ paciente tenga éxito consiste en conocer por una parte, las distintas opciones apelativas que ofrece nuestro sistema antroponímico (nombre completo, nombre más apellido, apellido, nombre de pila, hipocorístico, apodo, etc.) y en saber elegir por otra, entre todas estas posibilidades atendiendo a los factores personales y culturales del enfermo, a los factores comunicacionales (finalidad, canal, contexto, etc.) y a otros elementos como el nivel de conocimiento previo entre los interlocutores.

En el caso de las fórmulas nominales empleadas para apelar a los ancianos enfermos hemos demostrado, que estas personas se pueden sentir molestas cuando sin un conocimiento previo los profesionales de la salud les tutean y les llaman por su nombre personal. Su enfado puede deberse a que esperan otro trato más formal, a que se les habla como si fueran niños y a que la educación exige que los profesionales se adapten a los deseos de los usuarios de la sanidad. Para cumplir con esta última norma de cortesía, el facultativo o el profesional de enfermería debe preguntar al paciente cuáles son sus preferencias denominativas para actuar en consecuencia. Desde hace unos años, gracias a los manuales de estilo de los centros asistenciales, se está extendiendo un tratamiento más cortés, caracterizado por combinar el nombre de pila, (transmisor de empatía y

generador de confianza), y el trato de usted (transmisor de respeto y de distancia terapéutica).

En resumen, el personal sanitario, además de unos conocimientos técnicos, ha de poseer unas habilidades comunicativas para que su interacción con el enfermo resulte eficaz. Una de las capacidades lingüísticas que ha de tener para lograr la excelencia asistencial es el dominio antroponímico.

#### Bibliografía

- Alfaro-LeFebre, Rosalinda. 1999. *Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica.
- Ariza, Claudia. 2012. “Soluciones de humanización en la práctica diaria”. *Enfermería Universitaria*. Vol. 9. Nº 1.
- Baca, Enrique. 2002. “Prólogo”. En *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Rosa Gómez Esteban. Madrid: Fundamentos.
- Bartolomé, Antonio et al. 2006. “Utilización de un sistema de comunicación y análisis de incidentes críticos en un servicio de anestesia”. *Revista española de anestesiología y reanimación*. Vol. 53. Nº 8. pp. 471-478.
- Blázquez, Alberto et al. 2012. “Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico-paciente en atención primaria”. *Revista española de comunicación en salud*. Vol. 3. Nº 1. pp. 62-76.
- Burgos, Mónica y Paravic, Tatiana. 2003. “Violencia hospitalaria en pacientes”. *Ciencia y enfermería*. Vol. 9. Nº 1. pp. 9-14.
- Cano, Mónica. 2010. *Libro de prácticas. Ortodoncia I*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Cantera, Jesús. 2012. *Por la pureza y el esplendor de nuestro idioma*. Centro Virtual Cervantes. Instituto Cervantes. Biblioteca Fraseológica y Paremiológica. [http://cvc.cervantes.es/lengua/biblioteca\\_fraseologica/n1\\_cantera/diversidad\\_09.htm](http://cvc.cervantes.es/lengua/biblioteca_fraseologica/n1_cantera/diversidad_09.htm).
- Casasbuenas, Luis. 2008. *La entrevista médico-paciente: perspectiva de análisis pragmático-discursivo*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

- Castañeda, M<sup>a</sup> del Carmen. 2013. “Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente”. *Revista cubana de información en ciencias de la salud*. Vol. 24. N° 3.
- Cepeda, Gladys. 2006. “La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal”. *Estudios Filológicos*. N° 41. pp. 55-69.
- Cófreces, Pedro et al. 2014. “La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010”. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4. pp. 19-34.
- Costa Sánchez, Carmen. 2011. *La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario*. Manganeses de la Lampreana: Comunicación social.
- Crestanello, Francisco. 2014. *¿Cómo deben presentarse los médicos ante los pacientes, para favorecer la adecuada relación profesional entre ambos?* Academia Nacional de Medicina del Uruguay.  
<http://anm.org.uy/documents/OpinionComoAc.Crestanello.pdf>
- Díaz Berenguer, Álvaro. 2008. *La medicina desalmada*. Montevideo: Trilce.
- Escandell, M<sup>a</sup> Victoria. 2005. *La Comunicación*. Madrid: Gredos.
- Espinosa, Albert. 2010. *El mundo amarillo*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Eymann, Alfredo et al. 2011. “Modalidades de saludo preferidas por los pacientes en la consulta pediátrica ambulatoria”. *Archivos argentinos de pediatría*. Vol. 109. N° 1. ([www.scielo.org.ar/scielophp?script=sci\\_arttext&pid=SO325-00752011000100005](http://www.scielo.org.ar/scielophp?script=sci_arttext&pid=SO325-00752011000100005))
- Fast, Julius y Fast, Barbara. 1981. *Hablando entre líneas: cómo significamos más de lo que decimos*. Barcelona: Kairós.
- Fernández, Francisca. 2006. “Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil”. *Medicina Naturista*. N° 10. pp. 29-38.
- Fernández-Ballesteros, Rocío. 2011. “Buen trato. Cómo quieren ser tratadas las personas mayores”. En *Guía práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores*. Madrid. pp. 15-24.

- Fraguas, David y Palacios, Juan Antonio. 2009. "Semiología de la esquizofrenia". *Jano*. Nº 1755. pp. 31-36.
- Fuentes, Antonio Daniel. 2013. "El nombre de *los Otros*: sociolingüística gentilicia en *El último patriarca de Najat El-Hachmi*". *Tonos Digital*. Nº 25.
- Franco Peláez, Zoila Rosa. 2003. *Desarrollo humano y de valores para la salud*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- García i Perales, Joan R. 2011. "Onomàstica i identitat: una visió psicològica". *XXXV Col·loqui de la Societat d'Onomàstica*. E. Casanova y R. Valero (eds.). Paiporta: Denes. pp. 161-170.
- Generalitat Valenciana. 2006. *Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería*. Conselleria de Sanitat.
- Gómez Esteban, Rosa. 2002. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos.
- Gómez, Mariano y Gómez, Núria. 2009. *Consultas en psiquiatría legal*. Barcelona: Atelier.
- Grande Baos, Carlos. 2002. "Medidas para mejorar la colaboración durante la facoemulsificación bajo anestesia tópica", *Archivos de la Sociedad Canaria de Oftalmología*. Nº 13. pp. 55-59. ([www.oftalmo.com/sco/revista-13/13sco10.htm](http://www.oftalmo.com/sco/revista-13/13sco10.htm) (consulta 23 de abril de 2015))
- Grupo CRIT. 2014. *La práctica de la mediación interlingüística e intercultural en el ámbito sanitario*. Granada: Comares.
- Hernández Guerrero, José Antonio. 2010. *¿Curan las palabras?: Manual de comunicación médica y sanitaria*. [www.todocoleccion.net](http://www.todocoleccion.net).
- Hurtado, Eduardo. 2002. "Los conflictos derivados del acto médico y las propuestas de solución en Latinoamérica: El caso Perú". *Revista Conamed*. Vol. 7. Nº Extra 2. pp. 62-63.
- Iraburu, Marga. 2006. "Confidencialidad e intimidad". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 29. Supl. 3. pp. 49-59.

- López, Inmaculada et al. 2013. *El inmigrante en tu consulta. Los profesionales de Atención Primaria ante los retos de la inmigración*. Sevilla: Punto Rojo Libros.
- López Fernández, Tiberio. 2007. *Cómo humanizar las relaciones interpersonales*. Bogotá: Editorial San Pablo. 7ª reimpresión.
- López-Ibor, Juan José. 2008. “Aprender a comunicarse con el paciente”. *Educación Médica*. Vol. 11. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132008000500011](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500011).
- Luján, Eugenio R. 2014. “Sobre las fórmulas onomásticas en la Hispania antigua”. *Del nombre oficial al nombre familiar (apodos, sobrenombres e hipocorísticos)*. M<sup>a</sup> V. Navas (ed.). Madrid: Ediciones del Orto. pp. 73-96.
- Maíz, Carmen y Braga, Jorge. 2014. “Nombre familiar y nombre oficial en la antroponimia anglosajona”. *Del nombre oficial al nombre familiar (apodos, sobrenombres e hipocorísticos)*. M<sup>a</sup> V. Navas (ed.). Madrid: Ediciones del Orto. pp. 97-124.
- Manual de Estilo para la práctica hospitalaria*. Propuesta del Hospital Alemán. 2013. [www.itaes.org/arg/biblioteca/3-2013/ITAES-3-2013-gestion-hospitalaria-pdf](http://www.itaes.org/arg/biblioteca/3-2013/ITAES-3-2013-gestion-hospitalaria-pdf).
- Martín, Enrique. 2009. *Nominología: cómo crear y proteger marcas poderosas a través del naming*. Madrid: FC Editorial.
- Molinero, Beatriz y de Pablo Rabassó, Joan. 2007. *Pràcticum de psicologia mèdica (I)*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Moya, Antonio. 2007. “El profesional de atención primaria ante los malos tratos a personas mayores”. *Jornadas de prevención e intervención en malos tratos a personas en situación de dependencia*. Madrid. pp. 35-42.
- Othmer, Ekkehard y Othmer, Sieglinde. 2003. *La entrevista clínica. Tomo I*. Barcelona: Masson S.A.
- Pacheco, Myriam y Trujillo José Ramón. 2007. “La comunicación en español con el paciente de odontología”, *Linguax*, 2007. <https://www.uax.es/publicaciones/linguax/lincom001-07>.

- Padilla, Marfa de los Ángeles y Rugerio Pérez, Marfa Magdalena. 2002. *La comunicación en las instituciones de salud en el contexto de la despersonalización del usuario hospitalizado*. Trabajo práctico para obtener el título de licenciado en enfermería. Universidad Veracruzana. <http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/37702/1/padillacueto.pdf>.
- Prieto, José. 2010. “El Hospital Psiquiátrico: más allá de las relaciones profesionales. Reflexiones desde la etnografía”. *Etnicex*. Nº 1. pp. 79-85.
- Ramírez, José Luis et al. 2011. “La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica”, *Acta Médica Grupo Ángeles*. Vol. 9. Nº 3. pp. 167-174.
- Saavedra, Francisca María del Pilar. 2012. *Del Amalato a la Moncloa*. Bubok.
- Sáez Aldana, Fernando. 2006. *Protocolo hospitalario. Manual de estilo. Segunda Parte*. Fundación del Hospital de Calahorra. La Rioja.
- Salvador, Vicent y Macián, Cecili. 2009. “Primera relación entre paciente y profesional de la salud: rituales de interacción y estrategias discursivas en la entrevista podológica”. *Linguistic Studies*. Lisboa: Edições Colibrí. pp. 439-457.
- Suárez, Emilio. 2007. “El síndrome del paciente odioso”. *Más Dermatología*. Nº 2. pp. 2-5.
- Valero Garcés, Carmen. 2012. “‘Deme algo, doctor’. Estrategias de gestión interrelacional en consultas médicas interculturales”. En *Pragmática y Comunicación Intercultural en el mundo hispanohablante*. M<sup>a</sup> Elena Placencia y Carmen García (eds.). Amsterdam-New York: Editions Rodopi B. V. pp. 67-92.
- Vallejo-Nájera, Juan Antonio. 1980. *Concierto para Instrumentos Desafinados*. Barcelona: Argos Vergara.
- Young, Tony et al. 2010. *Comunicación y demencia*. Barcelona: Editorial UOC

Recibido: August 30, 2015

Aceptado: 19 de mayo de 2016

Publicado: 30 de mayo de 2016