



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE LETRAS HISPÁNICAS



*La interacción médico-paciente en la consulta médica. Un análisis conversacional y pragmático*

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**LICENCIADA EN LENGUA Y LITERATURAS HISPÁNICAS**

PRESENTA

**SANDRA GARCÍA VALDEZ**

**ASESORA: DRA. M<sup>A</sup>. DE LOS ÁNGELES ADRIANA ÁVILA FIGUEROA**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. noviembre de 2017



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



*A quienes ya no están más en este mundo,  
me quedo con sus enseñanzas y con su recuerdo para siempre.*



## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a mis padres, Juana y Juan, por todo su esfuerzo, por su gran apoyo y por inspirarme a ser una mejor persona cada día; a mis hermanos René, Daniel y Erika por acompañarme siempre, por su ánimo y consuelo, por tantas alegrías a su lado.

A mi asesora Adriana Ávila Figueroa, por enseñarme tanto durante la elaboración de esta tesis y también en sus clases, por ser tan paciente y comprensiva en cada una de sus observaciones, porque sin sus consejos y su confianza este trabajo no hubiera sido posible.

A mis sinodales Gloria Báez, Hugo Espinoza, Elia Sánchez y Bertha Lecumberri, por sus atentas lecturas, por sus correcciones y comentarios para este trabajo, pero también por todo el conocimiento que me transmitieron en las aulas durante la carrera.

A mis amigos que hicieron la estancia en la facultad única y divertida, en especial, agradezco a Fernanda y a Karen por ayudarme, por ser mi abrigo y resguardo durante cuatro años.

A Carlos por desaparecer miedos y reemplazarlos por confianza, por escucharme y alentarme cada vez que decaigo.



## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
<b>1. MARCO TEÓRICO</b>	<b>15</b>
<b>1.1 La comunicación, preámbulo de la conversación</b>	<b>16</b>
<i>1.1.1 La conversación y su modo de análisis</i>	<b>18</b>
<i>1.1.2 Los componentes de la conversación</i>	<b>19</b>
<i>1.1.3 Organización general al conversar</i>	<b>20</b>
<b>1.2 Turnos</b>	<b>23</b>
<i>1.2.1 Estructura interna de la toma de turnos</i>	<b>24</b>
<i>1.2.2 Las intervenciones</i>	<b>25</b>
<i>1.2.3 Solapamientos e interrupciones en la toma de turnos</i>	<b>26</b>
<i>1.2.4 Pares de adyacencia</i>	<b>27</b>
<b>1.3 Interpretación y sentido en conversación</b>	<b>29</b>
<i>1.3.1 El principio de cooperación, base de la conversación</i>	<b>30</b>
<i>1.3.2 La implicatura: lo que se dice y lo que se comunica</i>	<b>31</b>
<i>1.3.3 Los actos de habla: Sentido e intencionalidad</i>	<b>33</b>
<i>1.3.4 Los actos de habla ilocucionarios</i>	<b>35</b>
<i>1.3.5 Expresiones implícitas: Actos de habla indirectos</i>	<b>36</b>
<b>1.4 Gramática y pragmática</b>	<b>37</b>
<i>1.4.1 Sintaxis y pragmática</i>	<b>38</b>
<i>1.4.2 El uso del estilo directo e indirecto</i>	<b>39</b>
<i>1.4.3 Perífrasis verbales</i>	<b>41</b>
<i>1.4.4 Modo verbal</i>	<b>42</b>
<i>1.4.5 Deixis: la referencia de quien habla</i>	<b>43</b>
<i>1.4.6 Atenuación lingüística</i>	<b>45</b>
<b>1.5 Léxico y pragmática</b>	<b>46</b>
<i>1.5.1 Terminología y coloquialismos</i>	<b>46</b>
<i>1.5.2 Marcadores conversacionales</i>	<b>47</b>
<b>2. LA CONSULTA MÉDICA: ANÁLISIS CONVERSACIONAL Y PRAGMÁTICO</b>	<b>51</b>
<b>2.1 Estructura de los turnos</b>	<b>51</b>

2.1.1 <i>Intervenciones</i>	54
2.1.2 <i>Modos de transición</i>	56
2.1.3 <i>Solapamientos e interrupciones</i>	60
2.1.4 <i>Pares adyacentes</i>	63
<b>2.2 Estructura de la conversación</b>	67
2.2.1 <i>Apertura</i>	67
2.2.2 <i>Cuerpo de la interacción</i>	70
2.2.3 <i>Cierre</i>	91
<b>2.3 Aspectos pragmáticos</b>	97
2.3.1 <i>Colaboración e intencionalidad</i>	97
2.3.2 <i>Máxima de cantidad</i>	97
2.3.3 <i>Máxima de cualidad</i>	99
2.3.4 <i>Máxima de relación</i>	101
2.3.5 <i>Máxima de modo</i>	104
<b>2.4 El decir y el hacer en la dinámica conversacional</b>	106
2.4.1 <i>Fuerzas ilocucionarias</i>	107
2.4.2 <i>Actos indirectos de habla y las inferencias</i>	112
<b>3. LA CONSULTA MÉDICA Y SUS RASGOS GRAMATICALES</b>	119
<b>3.1 Sintaxis</b>	119
3.1.1 <i>Usos de ED y EI</i>	119
3.1.2 <i>Perífrasis verbal</i>	121
3.1.3 <i>Modalidad verbal: El imperativo</i>	125
3.1.4 <i>Deícticos</i>	126
3.1.5 <i>Atenuadores conversacionales</i>	130
<b>3.2 Aspectos léxicos</b>	134
3.2.1 <i>Coloquialismos y terminología especializada</i>	134
3.2.2 <i>Marcadores conversacionales</i>	136
<b>CONCLUSIONES</b>	143
<b>FUENTES</b>	147

## INTRODUCCIÓN

La conversación es una actividad considerada como intrínseca en la dinámica social, es la forma típica en que se socializa con otras personas. Este tipo de discurso ha interesado en muchos aspectos a distintas disciplinas como la Sociología, la Antropología, las Ciencias de la comunicación, la Psicología, la Filosofía del lenguaje, etcétera. Entre ellas también se encuentra la Lingüística, en la cual el análisis de la conversación es el área que más se ha desarrollado, estructurando de manera teórica la manera en que una conversación se lleva a cabo.

Otra de las sub-áreas importantes para el estudio de la conversación ha sido la Pragmática, dado que ésta estudia aspectos como emisor-receptor-enunciado, enfocándose en los enunciados lingüísticos, en su forma de enunciación, en los usos, en su contexto y en la intención del hablante.

El análisis de la conversación ha llegado al estudio de conversaciones espontáneas a partir de grabaciones directas de grupos o parejas de interlocutores. De los muchos tipos de conversación, una de ellas es la que se realiza entre médico y paciente durante una consulta médica. Existen algunas investigaciones alrededor de este tipo de discurso, no sólo análisis conversacionales, sino también estudios puramente pragmáticos, sociopragmáticos y gramaticales. Por ejemplo: *En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas* (2003), *Principios sociopragmáticos de la interacción y dinamismo de las relaciones de poder entre Médico y Paciente* (2010) y *Análisis del discurso médico: La argumentación en la consulta pública* (2012).

Respecto a la consulta médica, es importante hablar sobre ciertos aspectos que la vuelven diferente a otro tipo de conversaciones, y que por la misma causa, hacen a estos análisis más interesantes. En primer lugar, cabe destacar que la consulta médica corresponde a un tipo de conversación muy estandarizado, casi como un acto ritual. La conversación entre médico y paciente no es algo espontáneo, de hecho, existe como tal una cita concordada para que ambos hablen, ocurre cara a cara, en el mismo lugar y momento. Además, en México y otros países, el consultorio médico<sup>1</sup> es un espacio establecido que tiene marcada la forma en que los personajes deben comportarse una vez estando dentro de él. Los interlocutores en la conversación médica

---

<sup>1</sup> No se descarta que existen otras formas de dar consulta médica como en la habitación de un hospital o aquellas donde el médico hace una visita a domicilio, sin embargo, este estudio sólo se centra en las que se dan en un consultorio médico.

no sólo se comunican verbalmente, también existe el lenguaje cinésico y proxémico que responde a un protocolo entre el médico y el paciente.

Uno de los aspectos conversacionales estandarizados que se pueden ver dentro de un consultorio médico es que, en general, tanto médico como paciente entienden el objetivo final de la consulta: diagnosticar/ valorar el estado del paciente. Por esa razón, el intercambio comunicativo está restringido desde un inicio. También es común que la consulta médica se lleve a cabo como una entrevista, por esa razón las preguntas abundarán más que otras formas enunciativas. Por un lado, el médico es la persona experta y profesional dentro de este tipo de conversaciones y por el otro lado, está la persona en la que caerá la suma de conocimientos que éste ejerce: el paciente.

Los aspectos físicos que remiten al ritual de la consulta médica también son importantes. En primer lugar, el espacio del consultorio está delimitado por muebles clínicos típicos. Generalmente, hay estantes con medicamentos y el material del médico, una cama para la revisión del paciente, una pesa o aparatos especializados; y uno de los elementos más importantes es el escritorio en el que se sientan médico y paciente a conversar. En algunos casos el escritorio separa físicamente al médico del paciente y éste podría ser otro de los elementos que caracteriza la forma en que la conversación se ejecuta. En otras ocasiones no existe como tal el escritorio y los participantes interactúan de manera más cercana, de hecho, esto es algo reciente pues los médicos se han preocupado porque la dinámica entre él y el paciente sea más parecida a una charla.

Otro tipo de acto ritual que puede observarse es el uso de atuendo entre el personal clínico, el cual difiere por completo respecto al paciente, ya que queda marcada una comunicación asimétrica en la que el médico es el especialista. Por otro lado, la consulta médica se sirve de una secuencia que se practica en la mayoría de los consultorios médicos mexicanos:

- 1) El paciente llega.
- 2) El médico lo recibe.
- 3) Se lleva a cabo un interrogatorio para saber qué pasa con el paciente.
- 4) Hay una revisión física.
- 5) Se da un tratamiento.

Un tercer elemento que hace diferente a este tipo de conversaciones es que hay un contraste entre el sector salud público y privado. En México hay una división entre estos sectores: El primero se ha caracterizado por atender a derechohabientes de seguridad social,

mientras que el segundo sector se identifica porque la atención se construye a partir de capital propio de la persona encargada o de quien administra el espacio clínico. En el sector público, por ejemplo, tanto en el IMSS como en el ISSSTE existen niveles de consultas médicas, por lo regular, hay un primer nivel donde el paciente asiste a una clínica con un médico general quien al diagnosticar una enfermedad lo remite a un hospital de especialidad. Por otra parte, en el sector privado, el paciente puede acercarse al médico especialista directamente, ya que si le duele, por ejemplo, la rodilla, se acercará al reumatólogo. El paciente también puede asistir con un médico general sin que éste sea un especialista en la enfermedad. Estas diferencias son significativas pues pueden crear un contexto de comunidad de habla o contexto, por tanto, podrá manifestar algún tipo de diferencias entre unas consultas y otras, conversacionalmente hablando.

Conocer más a fondo el tipo de estructuras que tanto médico como paciente usan podría ayudar a comprender el porqué de la eficacia o éxito conversacional que una consulta puede o no tener. Las investigaciones de esta clase podrían ayudar a mejorar la comunicación entre médico-paciente. Por ejemplo, se podría revisar cómo ayudar a los pacientes para tener más iniciativa en la consulta, mientras que los médicos podrían utilizar nuevas estrategias conversacionales para evitar el estrés en los pacientes.

Por todo lo anterior, el objetivo fundamental de esta tesis es caracterizar de manera pragmática y conversacional los principales rasgos que estructuran una conversación y poder aplicar estos elementos teóricos a una conversación de la vida real, que en este caso es la consulta médica. De esta manera se podrá observar cuáles elementos son utilizados en este tipo de conversación y la forma en que se presentan los distintos rasgos conversacionales.

Se busca, principalmente, encontrar diferencias específicas entre las consultas privadas y las públicas. Asimismo, se intentará establecer cuáles son los rasgos que caracterizan tanto al médico como al paciente durante la conversación. Para ello se retomarán algunos textos que hablan sobre la teoría de análisis de la conversación, también se retoman ciertas teorías pragmáticas y finalmente, se hace un análisis a partir de la gramática en pragmática.

Este trabajo trata de ir de lo general a lo particular: Se inicia con un primer nivel, en el cual se distinguen la caracterización de la teoría del análisis conversacional y cómo funciona en la estructura general de la consulta médica. Después, en un segundo nivel, estos elementos conversacionales se llevan al plano de la teoría pragmática donde se analiza la conversación a partir del contexto de un consultorio clínico, en el cual se incorpora la intención del hablante. Por último, el tercer nivel del análisis se dirigirá a los turnos individuales de cada interlocutor,

donde se profundiza al realizar un análisis gramatical que, al mismo tiempo, se relaciona con la pragmática. Por otro lado, en este nivel se trata de caracterizar algunas construcciones que eligen los interlocutores desde la perspectiva médico-paciente.

El análisis que se desarrolla en esta tesis distingue tanto las formas conversacionales utilizadas por el médico como las emitidas por el paciente. Asimismo, algunas ocasiones, se le presta atención a las intervenciones de los acompañantes de los pacientes.

El corpus que conforma este trabajo está compuesto por diez consultas médicas. Las consultas analizadas se tomaron de las 49 consultas grabadas por Katarzyna Sanetra, quien las realizó para su tesis de Maestría del Programa de Posgrado de Maestría y Doctorado en lingüística de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su corpus se conforma por 16 consultas en español realizadas en México, además de 33 consultas hechas en Polonia. Katarzyna hizo una comparación de cortesía verbal entre el polaco y el español mexicano. Las consultas en español se grabaron en centros de salud de la ciudad de Toluca, se realizaron con cuatro médicos diferentes y 16 pacientes distintos. El cuadro 1 muestra la información general de médicos y pacientes:

**Cuadro 1. Información de médicos y pacientes<sup>2</sup>**

<i>Médico</i>	<i>Consultorio</i>	<i>Sexo</i>	<i>Especialidad</i>	<i>Edad</i>	<i>Número de consultas</i>
1	Privado	Mujer	Reumatólogo	59	4
2	Público	Mujer	Reumatólogo	43	4
3	Privado	Hombre	Internista	60	4
4	Público	Mujer	Internista	57	4

<i>Pacientes</i>	<i>Edad</i>
7 mujeres	21-87 años
3 hombres	

FUENTE: Elaboración propia.

Mi primer impulso para realizar esta tesis fue recopilar mi propio corpus, sin embargo, al hablar con mi asesora y con la misma Katarzyna me di cuenta de lo complicado que sería realizar este tipo de grabaciones, ya que implica asuntos éticos, pues la información que los pacientes dan es sobre su vida privada, lo que lo convierte en un asunto delicado. Por esa razón, escribí a Katarzyna y ella, amablemente, me autorizó utilizar el corpus de las consultas hechas en español. Por ese motivo, sólo pude tener acceso a los textos ya transcritos.

<sup>2</sup> Excepto donde se señale, los elementos gráficos son de elaboración propia.

Para organizar las consultas, decidí tomar diez de las dieciséis consultas grabadas. Se seleccionaron las que se consideró tenían más relación con el análisis conversacional y pragmático, también se enfocó la selección a partir de tener el mismo número de consultas privadas y públicas. Tomé cinco consultas del sector salud público y cinco del sector salud privado. Después las dividí entre los cuatro médicos que fueron grabados (internistas y reumatólogos) a cada uno de estos les asigné un número entero. Finalmente, di un decimal a cada una de las consultas para poder diferenciarlas, de tal manera que los números impares pertenecen al sector privado y los números pares al sector público. Por ejemplo, el primer médico (reumatólogo) pertenece al sector salud privado y se eligieron dos de sus consultas.

El cuadro 2 expone la forma en que se dividen y cómo se nombran las diez consultas seleccionadas a lo largo de la tesis:

**Cuadro 2. Nomenclatura de consultas analizadas**

<i>Médico</i>	<i>Consulta</i>
1. Reumatólogo privado	1.1
	1.2
2. Reumatólogo público	2.1
	2.2
	2.3
3. Internista privado	3.1
	3.2
	3.3
4. Internista público	4.1
	4.2

La tesis se divide en tres capítulos: en el primer capítulo se trata los elementos teóricos sobre el análisis de la conversación. Se retoman, sobre todo, la teoría de la conversación de Amparo Tusón y la de Stephen Levinson. Según la bibliografía revisada, hay diferentes elementos que construyen la dinámica conversacional como: la toma de turnos, las intervenciones, los solapamientos y los pares de adyacencia. También se revisan aspectos pragmáticos que hacen referencia al Principio de Cooperación de Grice que tiene que ver con el método en el que se hace una colaboración y con la intención del hablante. Asimismo, se vincula el tema de la comunicación con la teoría de los actos de habla de John L. Austin, que se vincula a las inferencias durante la interlocución. Por último, retomo los aspectos gramaticales que son constantes dentro de una conversación médico-paciente y que tienen que ver con aspectos

conversacionales como el estilo directo e indirecto, las perífrasis, el modo verbal, la deixis, la terminología y coloquialismos, y los marcadores conversacionales.

El segundo capítulo es un análisis de la consulta médica a partir de los elementos teóricos vistos. Se compara cómo suceden esos elementos en la conversación de una consulta médica a diferencia de lo que se señala para la teoría del análisis de la conversación espontánea. En cada apartado se hace una diferencia entre lo que sucede en el sector salud privado; como lo que ocurre en el sector salud público. Se destacan las características propias que conforman la consulta médica y al mismo tiempo, se distingue cómo se comporta el médico y cómo el paciente en dicha conversación. Por otro lado, se realiza el mismo contraste entre las teorías pragmáticas y lo que sucede en la conversación entre médico y paciente. También se observa cómo son las intervenciones de cada uno y la manera en que deciden realizarlas respecto al Principio de Cooperación. Además, se analiza el acto de habla indirecto y las inferencias que éste conlleva.

En el tercer capítulo se hace la recopilación de algunos elementos sintácticos y léxicos que se presentan continuamente en todas las consultas, se hace un análisis de cómo funcionan dentro de la conversación entre médico-paciente y también se trata de mostrar cómo estos aspectos ayudan a entender la intencionalidad de los participantes al hacer sus enunciaciones. Además, se anexaron cuadros con la información resumida al final de cada análisis.

Finalmente, hay un apartado con conclusiones en el que se incluyen las observaciones finales sobre el análisis general de toda la tesis. Estos resultados hacen referencia a la forma en que la teoría del análisis conversacional, el pragmático y el gramatical se diferencian o se asemejan a lo que sucede en un diálogo real entre un médico y un paciente.

## 1. MARCO TEÓRICO

Con el fin de que el análisis que se presenta en los siguientes capítulos sea más claro, este primer apartado se dedicará a describir algunos aspectos sobre la teoría de la conversación, la pragmática y la gramática que ayudarán a hacer la comparación entre la teoría y la práctica. El concepto de pragmática surge a partir de estudios de Filosofía del lenguaje y de la semiótica. Charles Morris (1938), fue el primero en ocupar el término y quien propuso tres dimensiones del signo: semántica, sintáctica y pragmática. Desde entonces se han ido realizando diferentes teorías y modelos sobre esta materia. La Pragmática puede definirse, según Victoria Escandell, como aquella disciplina que estudia las condiciones que determinan el uso de ciertos enunciados en situaciones concretas (2002: 16) En otras palabras, es la disciplina que se encarga del análisis de los componentes que no pueden ser revisados desde una perspectiva puramente gramatical (emisor, receptor, intención comunicativa, contexto verbal, conocimiento del mundo).<sup>3</sup>

Por otro lado, para Stephen C. Levinson (1989), la definición de pragmática es compleja, pues para este teórico es importante crear un concepto claro de lo que es la pragmática, él trata de hacer una recopilación de las distintas definiciones que se le puede dar a esta disciplina, ya que separadas pueden mostrar deficiencias, pero todas juntas presentan un plano general de lo que estudia la pragmática. Las distintas definiciones que Levinson<sup>4</sup> da para la pragmática y no causan problemas de precisión son

- La pragmática es el estudio de aquellas relaciones entre el lenguaje y el contexto que están gramaticalizadas, o codificadas en la estructura de una lengua.
- La pragmática es el estudio de todos aquellos aspectos del significado que no son contemplados en una teoría semántica.
- La pragmática es el estudio de las relaciones entre el lenguaje y el contexto que son básicas para dar cuenta de la comprensión del lenguaje.
- La pragmática es el estudio de la capacidad de los usuarios del lenguaje para emparejar oraciones con los contextos en que éstas serían adecuadas.
- La pragmática es el estudio de la deixis (al menos en parte), la implicatura, la presuposición, los actos de habla, y varios aspectos de la estructura del discurso. (Levinson, 1989: 8, 10, 18, 21,23).

---

<sup>3</sup> Una explicación más extensa puede encontrarse en el primer capítulo de *Introducción a la pragmática* de Ma. Victoria Escandell, donde define la Pragmática y expone algunos inconvenientes de las mismas definiciones y ejemplifica con ciertos tipos de estudios de los que se encarga la disciplina.

<sup>4</sup> En su libro *Pragmatics*, Levinson da un panorama general de la historia de la pragmática, muestra las problemáticas de algunas definiciones y explica a fondo aquellas que son más adecuadas.

Para Teun A. Van Dijk (1978), la definición de pragmática también es compleja. Van Dijk indica que esta disciplina se caracteriza por el análisis de los actos de habla, así como de las funciones de los enunciados lingüísticos y de las características de los procesos de comunicación. Además, para este autor, la pragmática tiene un carácter interdisciplinario, donde actúan la filosofía, la antropología, la psicología, entre otras (1978: 79-80)

Esta disciplina abarca un gran número de propuestas de análisis. Se han creado distintas teorías alrededor de ella como: los actos de habla (1962 y 1969), el Principio de cooperación (1975), la teoría de la cortesía (1983), la teoría de la relevancia (1986), etcétera. Otro tipo de estudio que también pertenece a la pragmática es el *Análisis de la conversación espontánea*, la cual se tratará de exponer en las siguientes páginas.

### **1.1 La comunicación, preámbulo de la conversación**

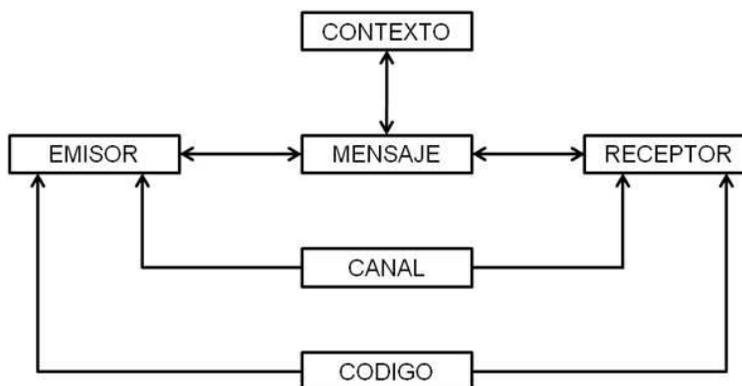
La palabra comunicar tiene como acepciones los siguientes enunciados, según el Diccionario de la Lengua Española<sup>5</sup> (2014): “Hacer a una persona partícipe de lo que se tiene. / Descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo. / Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito”. Esto quiere decir que para llevar a cabo la comunicación es necesario que haya más de una persona o algo que reciba la información de quien se expresa. En términos generales, la comunicación se da entre todos los seres vivos, como lo describe Charles F. Hockett en su texto *El puesto del hombre en la naturaleza* (1971) los animales tienen sus propias formas de comunicarse. Las abejas, por ejemplo, danzan en el lugar donde recolectaran el néctar, asimismo pueden danzar de manera distinta para comunicar a sus compañeras dónde buscar el polen. En el hombre, la comunicación tiene características únicas que no comparte con otros seres vivos. Hockett expone quince rasgos diferentes del lenguaje humano, como: vía vocal-auditiva, transmisión irradiada y recepción dirigida, fading rápido, intercambiabilidad, retroalimentación total, especialización, semánticidad, arbitrariedad, carácter discreto, desplazamiento, dualidad, productividad, transmisión tradicional, prevaricación, reflexividad.

---

<sup>5</sup> <http://dle.rae.es/?id=A5G2vNP>

Por otro lado, la comunicación ha sido estudiada a partir de la teoría de la Información de Shannon y Weaver<sup>6</sup> (1948) y más detalladamente con el modelo de la comunicación de Roman Jakobson (1960). Ésta hace referencia a distintos elementos, que unidos, describen cómo se lleva a cabo el proceso de comunicar. El modelo clásico de Jakobson abarca seis nociones: código, mensaje, emisor, receptor, canal y contexto.

**Cuadro sinóptico 1. Modelo de Jakobson**



**Código:** Sistema convencional de señales  
**Mensaje:** Resultado de la codificación o información transmitida  
**Emisor:** Lo que codifica el mensaje  
**Receptor:** Lo que descodifica el mensaje  
**Canal:** Medio por el que circula la señal  
**Contexto:** Circunstancias que rodean el acto comunicativo

FUENTE: Elaboración propia, con datos (modificados) de Jakobson (1960)

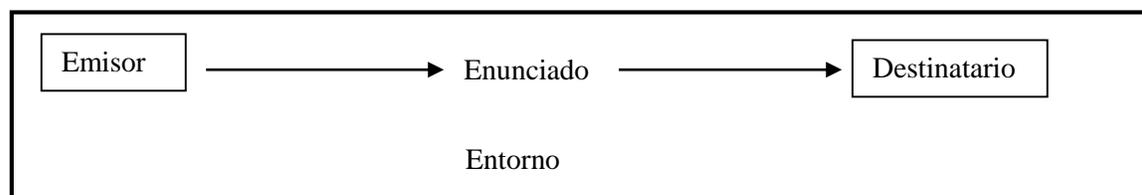
Aunque este esquema ha sido sumamente útil para trabajos lingüísticos, Escandell (2005) ha propuesto conceptos más detallados para el lenguaje humano. No se puede definir a la comunicación como la simple codificación y descodificación de un código (que en tal caso dicho código sería la lengua). De ser así, con sólo saber una lengua sería suficiente para la comprensión total de cada mensaje. Por ello, Escandell conceptualiza un nuevo modelo de comunicación, en el cual se introducen conceptos como: Procesos (codificación/ descodificación),

<sup>6</sup> En esta teoría se propone un sistema general de la comunicación, que se conforma por una fuente de información, transmisor, señal, un canal, ruido, receptor, mensaje y destinatario. Con este modelo se trataba de determinar la forma más rápida y segura de codificar un mensaje. Esta teoría estaba regida por leyes matemáticas y ciencias de la computación que dirigen el procesamiento de la información.

Representaciones (medio, situación, distancia social y objetivo) y Elementos (señal, destinatario, emisor) (2005: 28) Para este trabajo se utilizará una síntesis del esquema de Jakobson, que Escadell también propone en el libro *Introducción a la pragmática* (2002). Este modelo abarca cuatro componentes:

- I. *El emisor*. Hace referencia a la persona que intencionalmente produce una expresión lingüística. No se toma al emisor como un mecanismo que emite una señal, sino como a un individuo con creencias, conocimientos y con capacidad para crear relaciones en su entorno. Se diferencia del hablante porque este último es más abstracto, ya que se refiere a aquel que conoce determinada lengua y aunque esté callado lo sigue siendo. El emisor sólo lo es en una determinada situación.
- II. *El destinatario*. Es la persona a la cual el emisor dirige su enunciado, el destinatario puede hacer intercambio en su papel y puede convertirse también en emisor al responder. El destinatario se diferencia tanto de receptor como de oyente. El receptor puede ser cualquier cosa que reciba un mensaje, no sólo una persona. El oyente puede ser cualquier persona que esté presente en la comunicación, aunque no sea él a quien esté dirigido el mensaje.
- III. *El enunciado*. Expresión lingüística que realiza el emisor. Se distingue de mensaje pues éste se refiere a cualquier tipo de código, mientras que el enunciado es únicamente de carácter lingüístico.
- IV. *El entorno*. Escena donde se lleva a cabo la enunciación. También puede llamarse situación espacio/temporal. Es uno de los elementos más importantes de la comunicación, pues a partir de él se elige la forma de crear, recibir e interpretar el enunciado.

**Cuadro 3. Modelo de comunicación según Escadell**



FUENTE: Escadell (2002: 30).

### 1.1.1 La conversación y su modo de análisis

Ahora bien, se puede hacer un breve despliegue de lo que es la conversación retomando una de las definiciones del DLE, *Conversar, tratar con alguien de palabra o por escrito* y reanudando los modelos anteriores. Como se ha visto, la comunicación necesita de distintos elementos para llevarse a cabo, entre ellos un emisor y un destinatario, estos elementos pueden encontrarse en un debate,

una clase, una conferencia, un coloquio, un examen oral. Así como en los anteriores ejemplos, la conversación espontánea, generalmente, emisor y receptor se encuentran cara a cara, ocurre en un tiempo y espacio determinado, y generalmente, los interlocutores comparten cierto conocimiento. Por otro lado, la conversación espontánea ha sido la forma ideal para que las prácticas o relaciones sociales se lleven a cabo. “La conversación es claramente la manera prototípica de usar el lenguaje, la forma en que por vez primera nos exponemos al lenguaje” (Levinson, 1989: 275).

Este tipo de discurso, por lo regular, tiene un número limitado de participantes. Al principio de la conversación, los interlocutores tienen el mismo papel comunicativo, lo cual puede ir cambiando durante el diálogo. En la conversación espontánea el tema, la duración y el orden de los turnos es libre e improvisado, aunque en algunos casos habrá restricciones que se sujetarán a otras formas de conversación (Calsamiglia, 2001: 32).

La conversación es un tipo de interacción en la cual los interlocutores tienden a participar activamente. El emisor debe confirmar que su destinatario lo oye, y este último tiene que dar señales de que escucha y entiende. En general, la conversación es un acto libre, improvisado y por tanto, espontáneo. Por tal motivo, las repeticiones, las rectificaciones y otros elementos son utilizados al hablar. Asimismo, hay elementos extralingüísticos que pueden aparecer como los proxémicos y cinésicos. En la conversación puede no haber limitaciones, o bien, puede existir en algún contexto específico. En la actualidad, la filosofía del lenguaje y la pragmática han sido las responsables de estudiar aquellos rasgos que pueden describir cómo se realiza una conversación. Las implicaturas, los actos de habla, la deixis, las presuposiciones, entre otros, pueden servir para la investigación del análisis de la conversación.

### *1.1.2 Los componentes de la conversación*

Existen muchos textos y autores que revisan los componentes que conforman la conversación pragmáticamente. Este trabajo retoma las ideas de Amparo Tusón Valls en su libro *Análisis de la conversación* y algunos capítulos de *Pragmática* de Stephen C. Levinson, en particular el dedicado al tema de la conversación: “Estructura de la conversación”. A partir de ellos, se trata de establecer las principales propiedades lingüísticas y pragmáticas analizables en este tipo de discurso. Así, primero se hará un resumen de la estructura general y formal de una conversación.

Después, se examinarán algunas de las teorías de Pragmática, las cuales funcionarán en el análisis final de este trabajo.

### 1.1.3 Organización general al conversar

La organización habitual de una conversación se puede dividir en tres grandes bloques, según Tusón: El primer paso es justamente querer entablar una conversación con otra persona. Ésta puede llevarse a cabo con saludos o con formas lingüísticas como exclamaciones o preguntas. La segunda parte será el mantener la actividad en conjunto con esa persona. Para ello, es necesario que los interlocutores lleven a cabo una interacción de temas, propósitos e intervenciones. Finalmente, se debe poder cerrar o concluir ésta cuando haya un acuerdo mutuo entre los interlocutores. Por otra parte, Van Dijk menciona en su libro *La ciencia del texto*, una estructura esquemática de seis categorías: la apertura, la preparación, la orientación, el objeto de la conversación, la conclusión y la terminación. De tal manera que tendríamos la siguiente segmentación, en la cual se trató de unir la esquematización de Tusón y la de Van Dijk.

- 1) El bloque inicial o apertura (Preparación y apertura)
- 2) El bloque central o cuerpo de la interacción (Orientación y objeto de la conversación)
- 3) El bloque final o cierre (Conclusión y terminación)

El primer bloque o la apertura es el requisito principal para que se inicie la conversación. Para que ésta pueda comenzar, dos o más personas tienen que desear hablar sobre un tema. Según Van Dijk, las fórmulas típicas de la apertura son los saludos, además, durante este segmento también se da el de la *preparación*, en la cual se hacen llamadas de atención o con la que se establece la comunicación (*oye, escucha, mira*). La apertura puede ser larga cuando la conversación es formal y será poco extensa en las conversaciones que ocurren a diario con una misma persona. Para Tusón hay diferentes fórmulas en las que se puede dar inicio a una conversación. La primera manera es diciendo de manera explícita si se quiere conversar. El destinatario podrá o no aceptar la oferta para llevar a cabo el diálogo. Algunos ejemplos de enunciados evidentes que invitan a una plática podrían ser

H1. *¿Podría hablar contigo un momento?*

H2. *Me gustaría comentar contigo lo que sucedió el otro día.*

H3. *Recuerdas a Pepe, pues tengo que contarte algo que no vas a creer.*

Las formas explícitas no son las únicas formas de iniciar la conversación. También existen otros tipos de formas verbales, éstas están reconocidas por los miembros de una comunidad de habla y se muestran como posibilidad para empezar a conversar (Tusón, 1997: 39) Por ejemplo:

*Los saludos.* El saludo generalmente es un intercambio oral corto: *Hola, Buenos días*, el cual no siempre lleva a comenzar una conversación. A pesar de ello, hay algunas ocasiones en que éstos pueden iniciarla. Para que esto sea posible existen algunos componentes extralingüísticos como los gestos, la sonrisa, el acercamiento a la persona con la que se desea hablar, la entonación del saludo, entre otros. Estas señales tendrán que incluirse junto al saludo habitual.

*Las preguntas.* Las conversaciones también pueden iniciarse con enunciados interrogativos. Puede ser con fórmulas como *¿Cómo estás?*, *¿Qué tal tu día?*, *¿Cómo le va?* La persona a la que se dirige puede responder y así comenzar la conversación, se puede iniciar el diálogo con casi cualquier tipo de pregunta que involucre que el destinatario responda adecuadamente para continuar la plática.

*Las exclamaciones.* Se pueden utilizar locuciones exclamativas como *¡Qué bueno verte!*, *¡Hace mucho que no hablamos!* Así como las preguntas, muchas expresiones también pueden iniciar un diálogo. Por ejemplo, una joven puede llegar a sentarse al lado de otra y decir *¡Es imposible!*, de tal forma que esta última preguntará *¿Qué pasa?* Y así se iniciará una conversación.

El segundo bloque está constituido por la cooperación de los participantes para que la conversación se desarrolle satisfactoriamente. En primer lugar, se acudirá a la *orientación* de la conversación donde se despierta el interés en el destinatario. En esta parte también podemos

encontrar el *objeto de la conversación*, que se refiere al contenido de la conversación. Según Tusón, los interlocutores deben ponerse de acuerdo en

Mantener o cambiar el tema

Mantener o cambiar el tono

Mantener o cambiar finalidades

Mantener o cambiar sus papeles o su imagen

Tienen que asegurarse que queda claro lo que están diciendo (Tusón, 1997: 44).

Durante toda la interacción, los interlocutores tienen que indicar si entienden lo que se enuncia o si hay dudas sobre la misma. No sólo se puede indicar que se comprende lo que se oye con oraciones, (*entiendo, claro, sí*) en la conversación son muy comunes los retroalimentadores (*ajá, mmm, mju*). Los cambios de tema o de ritmo pueden darse con expresiones como (*vale, bueno, bien*). Por otro lado, es común que en la conversación espontánea se cometan errores, éstos sólo se pueden reparar si se sigue hablando. También pueden aparecer los falsos comienzos, las discordancias al hablar, muletillas o elipsis: (*Yo ehhh me parece que él había dicho que sí, o sea, eso parece, eso dijo*).

El último bloque, es el perteneciente al cierre. Es muy importante terminar una conversación con éxito. Los participantes deben estar satisfechos con todo lo que han dicho y al mismo tiempo saber que no alargaron demasiado el diálogo para hacerlo agotador. Para Van Dijk, existe en este punto una diferencia entre terminar la conversación y finalizar el tema del que se habla. Si se quiere poner fin a un tema, se utiliza la *conclusión*, en ésta se pueden utilizar oraciones de síntesis y se puede iniciar un nuevo objeto de la conversación. Por otro parte, está la *terminación*, con la cual se da conclusión total a la conversación. Este autor también menciona que este segmento puede tener un esquema interno:

*Elaboración.* Uno de los hablantes anuncia que la conversación debe terminar  
(*Pues bueno, creo que se está haciendo tarde, bueno*)

*Contenido central.* Puede tener dos funciones: una es comentar globalmente la conversación (*Qué bueno que te encontrado por aquí*) o bien para enunciar planes a futuro (*Te espero mañana, nos vemos el próximo mes*)

*Fase final.* Se dan las verdaderas fórmulas de cierre (*Que te vaya bien, adiós, Nos vemos*)

Al igual que en la apertura, se puede decir explícitamente que se quiere acabar de conversar: *¿Podríamos seguir hablando más tarde?, ahora tengo una clase.* A pesar de eso, la mayoría de las veces los cierres suceden de manera equilibrada. En esta parte es necesario que ambos integrantes negocien el final a partir de ciertas estrategias:

- 1) Ofrecimiento de cierre;
- 2) Aceptación del ofrecimiento;
- 3) Despedida;
- 4) Despedida y cierre (Tusón, 1997: 53)

Un ejemplo de un cierre exitoso podría ser el siguiente:

H1. *Bueno, entonces así quedamos* (1)

H2. *Sí, abí nos vemos* (2)

H1. *Hasta mañana* (3)

H2. *Hasta mañana, cuídate* (4)

Como puede verse, la conversación tiene un modelo bastante preciso. De hecho, los participantes entienden las fórmulas que su interlocutor realiza para que el hilo conductor no se pierda. La mayoría de estas técnicas no se usan de manera explícita y por ello, debe haber un conocimiento pragmático. En las siguientes páginas se hará alusión a otros componentes importantes para el análisis de la conversación.

## **1.2 Turnos**

La estructura de la dinámica conversacional también ocurre a partir de una serie de turnos. Un turno es la unidad básica en la organización de una conversación. Los turnos se plasman a partir de secuencias de actos de habla y enunciados. La *toma de turno* también se incluye dentro del turno, ya que se considera como el cambio o la cesión de la palabra (Van Dijk, 1983). La forma en que se divide la conversación a base de turnos parece muy sencilla, pues es notorio el hecho

de que hay una sucesión de toma de palabra por parte de cada uno de los participantes, sin embargo el ritmo de la toma de turno será distinta en contextos diferentes. Los turnos están conformados por unidades lingüísticas como oraciones, sintagmas nominales, y otras unidades sintácticas.

### 1.2.1 Estructura interna de la toma de turnos

Aunque pareciera que la interacción entre hablantes es sencilla, se puede complicar, sobre todo, cuando hay más de dos participantes. Los cambios de turno se dan gracias a un elemento conocido como *lugares apropiados para la transición* (LAT) (Tusón, 1997) o *lugares pertinentes de transición* (LPT) (Levinson, 1983).<sup>7</sup> Las técnicas que se pueden utilizar como LAT son gestos, silencios, una entonación descendente, preguntas directas al interlocutor, etcétera, que ayudan a los interlocutores a saber el momento en que deben cambiar el turno:

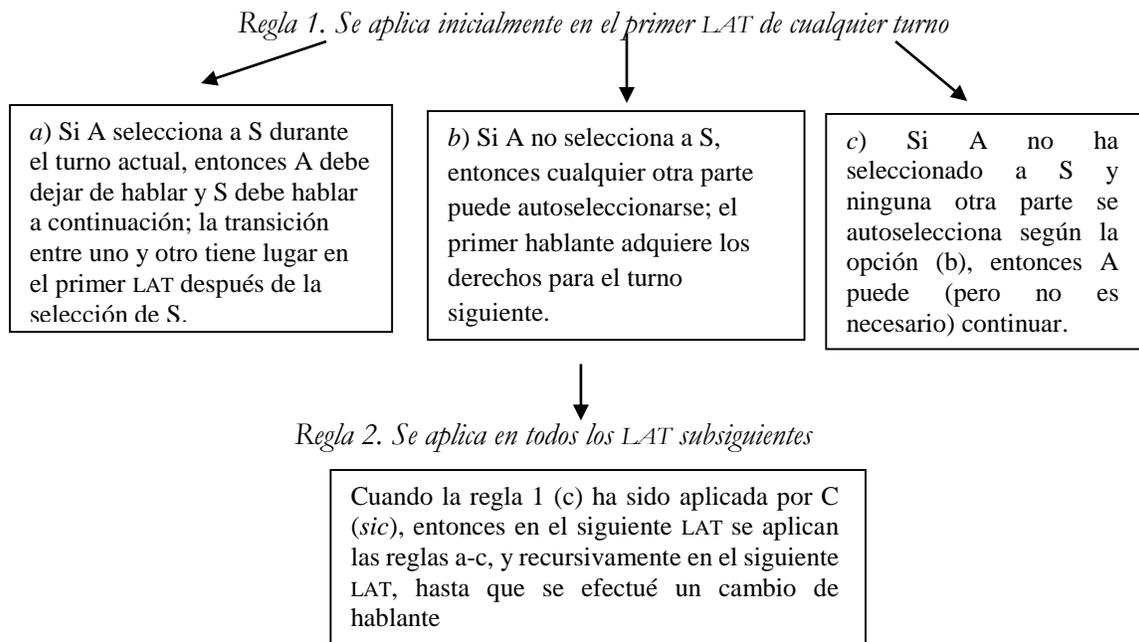
Las técnicas para seleccionar de este modo a los interlocutores pueden ser bastante elaboradas, pero incluyen mecanismos tan directos como los siguientes: una pregunta (u oferta, petición, etc.) más un término de tratamiento; una afirmación con apéndice más un rasgo de tratamiento; y comprobaciones varias para averiguar si se ha oído o entendido bien lo que se ha dicho [...] que seleccionan al hablante anterior como hablante siguiente (Levinson, 1989: 284).

Hay ocasiones en que los LAT no son respetados por alguno de los participantes. Algunas de las razones pueden ser porque la persona en turno no deja que el siguiente hablante emita su enunciado; en otras ocasiones, el participante siguiente puede no entender o captar que el hablante en turno le está dando una señal; y también puede ser que algún sonido o tonalidad en un enunciado se tome como LAT cuando realmente no lo es. Existen diferentes reglas, mencionadas por Levinson, las cuales indican cómo funciona el intercambio de turnos. En el siguiente esquema, *A* representa al hablante actual y *S* al hablante siguiente:

---

<sup>7</sup> Por uso más sencillo en la articulación, se decidió utilizar la nomenclatura de Tusón: LAT.

## Cuadro sinóptico 2. Reglas de los LAT



FUENTE: elaboración propia, con datos (modificados) de Levinson (1989).

La toma de turno puede ser resumida de otra manera. Aunque la explicación de Levinson es más abarcadora, seleccionar al siguiente hablante puede tener sólo dos tipos de clasificación: *la heteroselección* y *la autoselección*. Ambas tienen que ver principalmente con las reglas 1 (a) y (b). La primera refiere al hablante que usa la palabra y elige al siguiente participante. En la segunda, uno de los presentes en la conversación comienza a hablar sin que el hablante en turno lo haya seleccionado. Se ha demostrado que el estudio de la toma de turnos es de mucha utilidad pues esta forma de organización es muy común en la vida cotidiana. Por ejemplo al hacer filas para comprar o al hacer trámites administrativos, se otorga un “turno” al interesado (Calsamiglia, 2001).

### 1.2.2 Las intervenciones

Estudios más especializados en el análisis de la conversación<sup>8</sup> han comprobado que los turnos pueden dividirse en dos tipos diferentes. El primero, que ya hemos visto, indica una nueva participación, el cual se encarga del progreso del tema y de la información que se da en una

---

<sup>8</sup> Beatriz Gallardo-Paúls, lingüista de la Universidad de Valencia, ha dedicado muchos de sus estudios al análisis de la conversación. Algunos de sus artículos analizan la conversación en personas afásicas, pero algunos otros están dedicados a estudiar la estructura conversacional.

conversación. Por otro lado, se encuentra otro tipo de sucesión en el diálogo: las *intervenciones*. Éstas son consideradas emisiones huecas, no son turnos de habla verdaderos. Se considera que las intervenciones no tienen una función más allá de mantener la distribución de los participantes. Las intervenciones pueden tener distintas funciones como:

- 1) Aportaciones: Se realizan ante una intervención ajena, por lo regular, en solapamiento; *mmm, ya, ajá*, muy parecidos a los ya mencionados retroalimentadores. A las intervenciones de este tipo se les conocen como señales de oyente o de atención, ya que con estos se demuestra al interlocutor que se está atento a lo que dice.
- 2) Turnos de paso. No se producen en solapamiento y se utilizan, principalmente, para rechazar la toma de palabra: *pues sí, nada, vale* (Gallardo, 2003).

Un ejemplo de esto, podría ser H2 en el siguiente diálogo:

H1: *Pues te digo, yo estaba afuera de la su casa, ¿no? y él iba caminando hacia el otro lado*

H2: *Ajá*

H1: *Y lo perseguí, lo seguí hasta donde él estaba. Mi hermana me dijo que yo sí estaba loca...*

H2: *Pues sí*

H1: *Pero no quiso hablar conmigo de todos modos*

### 1.2.3 Solapamientos e interrupciones en la toma de turnos

Beatriz Gallardo Paúls ha estudiado las distintas unidades que sirven como intervalo entre turnos. Ella distingue tres, principalmente: silencios, solapamientos e interrupciones. En su artículo *La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones*, hace un esbozo de lo que representan estos elementos en la conversación. En este trabajo, sólo se recapitulan los solapamientos y las interrupciones, pues el corpus analizado sólo abarca las entrevistas transcritas, de tal modo que los silencios y pausas no pueden ser analizados. “Sacks et al (1974) diferencian el solapamiento de la interrupción simplemente por el hecho de que el solapamiento coincide con un posible L.T.P., mientras que la interrupción comienza en el curso de una unidad construccional de turno” (Gallardo, 1993: 206).

Los solapamientos pueden ser caracterizados como casos de habla simultánea, los cuales ocurren casi siempre por la *antoselección* por parte de alguno de los interlocutores. Por otra parte, las interrupciones suceden cuando una participación se inicia durante el desarrollo de otro turno. Las interrupciones pueden ser de dos tipos: *competitivos* y *colaborativos*. Los primeros ocurren cuando la enunciación se acompaña de un tono más elevado; los segundos se efectúan cuando uno de los interlocutores trata de terminar el turno del otro participante con las mismas palabras que éste. Es común que en las interrupciones, uno de los interlocutores ceda el turno, si ninguno lo hace, quién eleve más el tono de voz se quedará con el turno. En general, tanto solapamientos como interrupciones son más comunes en las conversaciones grupales.

#### 1.2.4 Pares de adyacencia

Otra forma que se presenta en la organización conversacional son los pares adyacentes. Éstos se caracterizan por ser inmediatos, se producen por dos hablantes diferentes, pues se ordenan en una primera y una segunda parte, y además, la primera parte crea una expectativa para que haya una respuesta por parte de la segunda enunciación. Los enunciados más característicos de los pares adyacentes son las 1) preguntas/respuesta, 2) saludo/saludo y 3) oferta/aceptación. Por ejemplo:

- 1) H1: *¿Hiciste la lectura para la clase?*  
H2: *No, no sabía que había que leer*
- 2) H1: *Buenos días*  
H2: *Buenos días*
- 3) H1. *¿Te gustaría un poco más de helado?*  
H2. *Sólo un poco, gracias*

A simple vista parece que los pares de adyacencia son muy sencillos y que su análisis es obvio, sin embargo, existen otros elementos que se oponen a esta primera impresión. Es común que entre los pares de adyacencia se encuentre una *secuencia de inserción*. Tal como lo dice su nombre, la secuencia puede ser un enunciado o enunciados que se inserten en medio de un par como pregunta/ respuesta. A pesar de la inclusión de éstos, la respuesta queda en suspenso hasta que se resuelva las preliminares, dichas secuencias están condicionadas a soluciones tales

preliminares (Levinson, 1989) De hecho, un par adyacente se puede alargar por la acumulación de este tipo de secuencias.

H1: *¿Te gustaría que fuéramos juntas a la fiesta?*

H2: *¿Ya sabes dónde es?*

H1: *Cerca de la colonia Roma*

H2: *Creí que era más cerca*

H1: *Sí, por eso preguntaba...*

H2: *Sí deberíamos ir juntas*

Un elemento más de los pares de adyacencia es lo que Levinson llama *organización de preferencia*. Esto quiere decir que no todas las segundas partes de un primer enunciado tienen la misma clasificación. Esta categorización se divide en dos: respuestas preferidas y respuestas despreferidas. Las primeras son, por lo regular, respuestas de estructura simple e inmediatas.

H1: *¿Quieres ir por un café o algo de comer?*

H2: *Sí vamos, tengo hambre*

Las segundas, por otro lado, son de una estructura compleja, además, pueden tener algunos rasgos como: ser dichas después de una pequeña pausa, hacer una introducción que marque la respuesta despreferida o bien, dar una explicación de por qué no se puede consumir la parte preferida. Como ejemplo, hay que imaginar que un joven platica con una compañera del trabajo y le dice:

H1: *Deberíamos ir al cine este fin de semana... si quieres*

H2: *mmm*

H1: *¿No quieres?*

H2: *Es que no puedo. Mi hermana vendrá de visita*

En el ejemplo se presenta una pequeña pausa para que H2 responda, al contestar, H2 hace una introducción que marca lo que será, finalmente, la respuesta despreferida, en la cual se

da una explicación a esta respuesta. El cuadro 4 es propuesto por Levinson y muestra las diferentes formas de respuesta preferida y despreferida.

**Cuadro 4. Respuestas preferidas y despreferidas según Levinson**

<i>PRIMERAS PARTE</i>	<i>SEGUNDAS PARTES</i>	
	<i>Preferidas</i>	<i>Despreferidas</i>
Petición	Aceptación	Rechazo
Oferta/invitación	Aceptación	Rechazo
Valoración	Acuerdo	Desacuerdo
Pregunta	Respuesta esperada	Respuesta inesperada o no respuesta
Acusación	Negativa	Admisión

FUENTE: Levinson (1989: 324)

Por último, hay una manera en que se puede realizar una respuesta preferida que tiene una demora en la resolución y parece despreferida, pero que puede repararse con la enmienda. Éste es un mecanismo que puede corregir malentendidos o errores de audición. Existen cuatro tipos diferentes de enmienda: *autoiniciada* que difiere de la *enmienda iniciada por otro* y también está la *autoenmienda* que se diferencia de la *enmienda por parte del otro*. Hay muchas maneras de hacer este tipo de correcciones, por ejemplo alargar las vocales de una palabra para la autoenmienda o lograr la enmienda por parte del otro con *¿qué?*, *¿perdón?* o con palabras eco, como en el siguiente ejemplo:

H1: *A César le gustó la chiva de la izquierda*

H2: *¿Chiva?*

H1: *Ay, chica, perdón*

H2: *¿Cuál de todas?*

### 1.3 Interpretación y sentido de la conversación

La estructura conversacional es importante pragmáticamente para poder analizar los elementos básicos que la conforman, sin embargo, hay otros aspectos que pueden entrar en el análisis del discurso oral. Ya que la conversación espontánea es un discurso que se va creando sin ningún guion estudiado antes, “el sentido discursivo suele ir siempre mucho más allá del significado literal o referencial de las palabras [...] la distancia entre el significado literal y conversacional

puede ser especialmente grande” (Calsamiglia, 2002: 37). Por esa razón, esta sección se destina a explicar algunas teorías pragmáticas sobre aquellos instrumentos que los teóricos han utilizado para poder interpretar adecuadamente la conversación y para entender elementos como el sarcasmo, humor, peticiones o mandatos, entre otros.

### 1.3.1 *El principio de cooperación, base de la conversación*

El conocimiento compartido que tienen los participantes en una conversación es indispensable para poder llevarla a cabo. Los interlocutores deben conocer los referentes de su emisor para el entendimiento de lo que se habla. Asociado a este tipo de conocimiento compartido se encuentra, al mismo tiempo, una aceptación por parte de todos los hablantes al participar apropiadamente en cada uno de sus turnos o intervenciones. Usualmente una conversación se realiza de manera equitativa, es decir, los participantes interactúan cuando creen que es oportuno. Es importante recordar que H. Paul Grice, en su texto *Lógica y conversación* (1991), indica que las conversaciones no se llevan a cabo de forma desordenada o confusa, sino que los interlocutores se guían a partir de lo que él considera el *Principio de cooperación* (PC):

Nuestras conversaciones no son habitualmente sucesiones de observaciones inconexas, y no sería racional que así fuese. Hasta cierto punto, son esfuerzos cooperativos de forma característica. Cada partícipe se apercibe de que hay en ella, en alguna medida, un propósito común [...] este propósito, o dirección puede fijarse desde el principio (por ejemplo proponiendo una tema de discusión) o puede evolucionar durante su transcurso [...] en cada estadio se excluirán algunas contribuciones conversacionales por inadecuadas. Cabría formular entonces un principio general aproximado que pueda operarse [...] «Haga usted su contribución a la conversación tal y como lo exige, en el estadio en que tenga lugar, el propósito o la dirección del intercambio que usted sostenga» (Grice, 1991: 515-516).

Por otro lado, la teoría de Grice no sólo considera este Principio. De hecho, la comprensión de los enunciados se une a la forma en que los participantes colaboran. Por tal motivo, el Principio de cooperación se despliega en cuatro *Máximas*. La teoría de las máximas conversacionales de Grice ha sido uno de los temas más estudiados, analizados y criticados de la pragmática. Su modelo trata de caracterizar, lógicamente, algunos aspectos conversacionales que los interlocutores llevan a cabo para la interpretación de los enunciados proferidos. Éstos se

toman como normas o principios que son necesarios en una conversación. A continuación un resumen de éstas, con base en su texto de 1975.

1) Máxima de Cantidad

- que su contribución sea tan informativa como sea necesario, pero también
- que su contribución no resulte más informativa de lo necesario

2) Máxima de Cualidad

Trate de que su contribución sea verdadera:

- no diga lo que crea que es falso
- no diga aquello de lo que no tiene pruebas suficientes

3) Máxima de Relación

- sea relevante (que sus intervenciones sean pertinentes con lo que está diciendo)

4) Máxima de Modo

- evite ser oscuro al expresarse
- evite ser ambiguo
- sea breve (evite ser prolijo)
- sea ordenado

Estas máximas no son imperativas, Grice entiende que muchas veces algunas de las máximas se violará, como al mentir o al decir verdades a medias. Lo que se intenta con esta teoría es analizar el comportamiento lingüístico. La violación de las máximas, en muchas ocasiones, tiene un efecto de sentido en los enunciados. Por esa razón, Grice presenta un componente más de su esquema teórico: la implicatura.

### 1.3.2 La implicatura: lo que se dice y lo que se comunica

A partir de estas máximas, se explica el término de *implicatura*, la cual se describe como el contenido implícito de un enunciado. Se puede decir que la implicatura sirve para que los participantes comprendan el sentido de lo que se quiere comunicar y el mensaje no se tome sólo literalmente (Escandell, 2002). Grice divide esta categoría en dos tipos diferentes: las *implicaturas convencionales* y las *no convencionales o conversacionales*. Las primeras tienen que ver con implicar algo a partir del significado concreto de las palabras. En el siguiente ejemplo se puede ver que, gracias a la forma de [lograr +infinito] lo que se logró ha sido dificultoso de cumplir:

*Ayer logre terminar con mis estudios*

Lo mismo sucede agregando una frase adverbial como la siguiente:

*Ayer, por fin, terminé mis estudios*

Las *implicaturas conversacionales* también se relacionan con las máximas de Grice: se pueden llevar a cabo a partir de la violación de alguna máxima o de varias de ellas y aun así, mantener el Principio de cooperación:

Para inferir que está ante una implicatura conversacional, el oyente habrá de apoyarse en los siguientes datos: 1) el significado convencional de las palabras proferidas, junto con la identidad de las referencias implicadas; 2) PC y sus máximas; 3) el contexto lingüístico o extralingüístico de la preferencia; 4) otra información de fondo; 5) el hecho de que ambos interlocutores conocen, o suponen que conocen, cada uno de los detalles relatados en los apartados precedentes, y que éstos están a su alcance (Grice, 1999: 534).

Grice propone las diferentes formas en que una persona puede trasgredir las Máximas y cómo éstas afectan a los enunciados:

- 1) Violar una máxima con discreción. El hablante, probablemente, inducirá a error.
- 2) Dejar en suspenso. El hablante indica que no desea cooperar como se desea en la máxima. Puede utilizar frases como: “No puedo decir más”
- 3) Crear una situación conflictiva. El hablante tiene que decidir entre el incumplimiento de dos máximas. El caso más común es el de *cantidad vs cualidad*, ya que a pesar de querer ser informativo, podría no saber todo sobre la situación.
- 4) Transgredir la máxima abiertamente. En ésta, es el interlocutor es el que debe reconstruir lo que el hablante quiere decir pues a pesar de la violación, aún está presente el principio cooperativo.

Así, cuando uno de los interlocutores utiliza una de estas violaciones, los demás participantes suponen que se intenta dar una información de modo implícito, sobre todo en la última forma mencionada. Por ejemplo, en una conversación entre dos jóvenes, uno le pregunta al otro qué piensa sobre la novia de su hermano mayor. Éste responde con el siguiente enunciado “*Sólo quiero que Javier sea feliz*”. En tal caso, se violan las máximas de Cantidad y de Modo, a pesar de ello, está cumpliendo con el PC; y al mismo tiempo, su amigo debe implicar que tal vez la novia de su hermano no es buena para él.

Grice divide las implicaturas conversacionales en dos clases distintas: las *generalizadas* y las *particularizadas*. Las primeras son aquellas en las que el contexto de la situación queda descartado para su comprensión. Por ejemplo, en la proposición siguiente:

*¿Viste que Susana estaba con un hombre en la fiesta?*

En tal caso se alude que el hombre con el que estaba Susana no era su esposo, su novio, su padre o algún tío. De hecho, Grice menciona que las generalizadas, usualmente pueden confundirse con las implicaturas convencionales. En cambio, las particularizadas son las que sí necesitan rasgos del contexto. La mayoría de las implicaturas serán particularizadas, pues por ejemplo en la ironía o en el sarcasmo es necesario un fondo detrás de ellas (Levinson, 1989). Hay que pensar en una madre muy molesta con su hijo por su falta de interés por la escuela, entonces ella le dice: *¡Algún día te cansarás por tanto estudiar!*, entonces el hijo comprenderá que su madre le está reprochando y no elogiando.

La teoría de Grice ha sido muy criticada, sobre todo por sus máximas, además de la forma en que mide sus violaciones, como en el caso de la máxima de Cantidad o de Calidad. A pesar de ello, su teoría es uno de los temas primordiales en la pragmática. Muchos otros lingüistas siguieron sus pasos y crearon sus propios avances respecto a algunas máximas como las Máximas de cortesía de Leech. También lo han retomado Levinson y la propuesta de Sperber y Wilson. Grice no fue el único que se interesó en el significado implícito que pueden tener algunos enunciados.

Asimismo, los actos de habla es otro tema que asigna reglas al sistema de comunicación, tales reglas afectarán los enunciados emitidos por los participantes, en este caso, de una conversación.

### *1.3.3 Los actos de habla: Sentido e intencionalidad:*

La teoría de los Actos de habla fue propuesta, en principio por John L. Austin (1962), después fue retomada y reformulada por John R. Searle (1969). En esta teoría se plantea la idea de que todo enunciado en un acto comunicativo, con ellos se informa, se plantean preguntas, se hace referencia a personas, etcétera. Austin estableció que el acto de habla se divide en tres dimensiones (acto locutivo, ilocutivo y perlocutivo); mientras que Searle considera el acto de

habla como la unidad mínima de la comunicación. Esta propuesta es esencial para el análisis de la conversación, ya que como se verá más adelante; el acto de habla refleja la intencionalidad del hablante.

En una primera fase, Austin hace un aporte enorme a la filosofía del lenguaje: la mayoría de los enunciados deben analizarse respecto a la forma en que se emiten y la adecuación de la misma; no por ser verdaderas o falsas como lo habían fomentado algunos otros filósofos tiempo atrás. La siguiente faceta de la teoría de Austin abarca la llamada *falacia descriptiva*. En ella, se afirma que los enunciados no son únicamente descriptivos, de hecho, éstos pueden desempeñar diferentes funciones. De esta manera conforma la división entre enunciados constatativos y realizativos. Los constatativos se refieren a aquellas proposiciones que describen estados de cosas y también pueden evaluarse respecto a ser verdaderos o falsos: *La casa de los siete enanitos es muy pequeña*. En cambio, los realizativos van más allá del aspecto gramatical, pues establecen una relación entre la palabra y la acción como en: *Te juro que te amo*.

Los enunciados realizativos tienen una jerarquía más importante para Austin. Él plantea que éstos no se pueden analizar por su veracidad o falsedad. Con los realizativos se dice y se realiza al mismo tiempo el enunciado emitido. Generalmente, este tipo de proposiciones se presentan con verbos en la primera persona del singular del presente de indicativo. Ejemplos de esto son *Yo los declaro marido y mujer* o *Te apuesto todo lo que traigo en la bolsa a que él no vendrá*. Sin embargo, no es la única forma de identificarlos, Austin propone los siguientes rasgos:

- A. No “describen” o “registran” nada, y no son “verdaderas o falsas”.
- B. El acto de expresar la oración es realizar una acción, o parte de ella, acción que a su vez no sería normalmente descripta (*sic*) como consistente en decir algo (Austin, 1971: 45)

Para este filósofo, el decir algo producirá ciertas consecuencias y efectos sobre los pensamientos, sentimientos o acciones de los destinatarios. Además para el autor, existe la posibilidad de decir algo con el propósito y la intención de hacerlo. A partir de algunas dificultades que desencadenaron las afirmaciones de Austin, acerca de los actos realizativos y constatativos, él mismo crea una “especialización” del modelo anterior, con las siguientes características, que según el autor, conforman a todos los tipos de enunciados: *Acto locutivo, acto ilocutivo y acto perlocutivo*:

- *Acto locutivo*: se compone del acto fonético (emisión de ciertos ruidos), el cual se divide al mismo tiempo en dos: Acto Fático (enunciar palabras o secuencias de sonidos) y Acto Rético (emisión de esas secuencias con algún sentido/significado determinado).
- *Acto ilocutivo*: llevar a cabo un acto al decir algo. Intencionalidad (distintos sentidos para un mismo acto locutivo).
- *Acto perlocutivo*: Producir efectos, sentimientos o acciones a los interlocutores.

#### 1.3.4 Los actos de habla ilocucionarios

Tanto Austin como Searle crearon su propia clasificación de actos ilocucionarios. Austin, en su libro *¿Cómo hacer cosas con palabras?* (1971), y especialmente en la conferencia XII, hace referencia a las fuerzas ilocucionarias que algunos verbos realizativos tienen dentro de su enunciación. La clasificación de Austin abarca cinco formas de verbos:

- 1) Judicativos: Tienen como caso típico el acto de emitir un veredicto ya sea por un jurado, por un árbitro, etc.
- 2) Ejercitativos: Consiste en dar una decisión en favor o en contra de cierta línea de conducta, o abogar por ella.
- 3) Compromisorios: Lo importante de este acto es comprometer a quien lo usa a hacer algo pero incluyen también las declaraciones o anuncios de intención.
- 4) Comportativos: Incluyen la idea de reacción frente a la conducta y fortuna de los demás, y las de actitudes y expresiones de actitudes frente a la conducta inminente del prójimo.
- 5) Expositivos: Se usan en los actos de exposición que suponen, expresan opiniones, conducen debates y clarifican usos y referencias (Austin, 1971: 199-212).

El cuadro 5 presenta estos actos ilocucionarios con algunos verbos que Austin consideró como tales:

**Cuadro 5. Verbos de actos ilocucionarios según Austin**

<i>Actos ilocucionarios</i>	<i>Verbos</i>
Judicativos	absuelvo, condeno, juzgo, considero, determino, calculo, ordeno, valoro, analizo, diagnostico, caracterizo
Ejercitativos	despido, designo, ordeno, fallo, exijo, advierto, ruego, mando, perdono, aconsejo, anuncio, presiono, nombro, renuncio, rechazo, recomiendo, suplico, recomiendo.
Compromisorios	prometo, me comprometo, garantizo, adopto, pacto, proyecto, lo haré, aseguro que, contrato, juro, apuesto, consiento, apoyo
Comportativos	pido disculpas, agradezco, deploro, me compadezco, felicito, critico, me quejo, aplaudo, culpo, censuro, te deseo, bendigo, reto, desafío, invito

Expositivos	afirmo, niego, enunció, describo, clasifico, digo, pregunto, acepto, reviso, deduzco, informo, aviso, llamo, entiendo
-------------	---

FUENTE: Austin (1989).

Searle, retomando la idea de Austin, presenta *Una taxonomía de los actos ilocucionarios* (1976), donde restablece los distintos tipos de actos que ya había clasificado Austin en su teoría. Para Searle, la unidad mínima de comunicación lingüística es en sí el *acto de habla*, el cual se define como emitir un enunciado en las situaciones adecuadas; algo que no pasa con las oraciones; pues como unidades abstractas no han sido emitidas aún. Él propone una relación entre la forma gramatical y el acto ilocutivo de las oraciones. Además, plantea que el hecho de comunicar algo incluye el uso de determinadas reglas y de determinadas actitudes por parte de los participantes. La categorización de Searle se compone de distintas funciones de los actos ilocucionarios: asertivos, directivos, compromisorios, expresivos y declarativos.<sup>9</sup>

### 1.3.5 Expresiones implícitas: Actos de habla indirectos

Searle introduce otro concepto a esta teoría: *actos de habla indirectos*. Éstos consisten en dar un significado diferente al sentido gramatical del enunciado. El hablante dice algo, pero en realidad espera que su interlocutor entienda otra cosa. En su texto, el autor hace referencia a los tres tipos de actos ilocucionarios, donde el número 3 hace referencia a los actos indirectos:

- 1) El hablante intenta producir un efecto ilocucionario y lo hace a través de la emisión literal del enunciado: *Haz la tarea*, un enunciado imperativo es realizar un mandato, así que se corresponden el uso gramatical con el acto ilocucionario.
- 2) En otras ocasiones, el emisor enuncia algo y al mismo tiempo quiere decir algo más. El ejemplo de Searle es la oración *Necesito que lo hagas*, en tal caso, ésta es una enunciación y aparte una petición.
- 3) Por último, hay circunstancias donde el hablante emite una enunciación totalmente distinta a la ilocución que se expresa. Por ejemplo, el autor menciona que al decir *¿Puedes alcanzar la sal?*, no se enuncia una oración interrogativa solamente, sino que se hace una petición por medio de ésta.

---

<sup>9</sup> Los asertivos comprometen al hablante con la verdad de la enunciación, los directivos intentan hacer algo por el oyente, los compromisorios comprometen al hablante, los expresivos expresan un estado psicológico y los declarativos provocan un cambio en el mundo al pronunciarse.

Searle se cuestiona sobre dos cosas: cómo se puede enunciar algo y tener la intención de decir algo diferente, así como saber por qué los hablantes pueden interpretar estos actos indirectos de manera adecuada. Por tal motivo, él mismo plantea una resolución:

En los actos de habla indirectos el hablante comunica al oyente más de lo que efectivamente dice apoyándose en el substrato mutuo de información compartida, tanto lingüística como no lingüística, junto con los poderes generales de raciocinio e inferencia que posee el oyente. Más específicamente: el aparato necesario para explicar la parte indirecta de los actos de habla indirectos incluye una teoría de los actos de habla, ciertos principios generales de conversación cooperativa [...] y el substrato de información factual mutuamente compartida del hablante y el oyente, juntamente con una capacidad por parte del oyente para llevar a cabo una inferencia (Searle, 1977: 25).

Un ejemplo de este tipo de enunciados podría presentarse de la siguiente forma:

H1: *¿Deberíamos ir al dentista por la tarde para que te cure el dolor de muelas?*

H2: *Quedé con unos amigos para ir a ver el partido de basquetbol*

En sí, la respuesta que da H2 no es un rechazo, el enunciado es una simple emisión sobre lo que hará. Sin embargo, dado el contexto que nos da H1 se puede inferir que H2 se niega a ir al dentista por la tarde. Lo más común dentro de una conversación es que los participantes realicen formas indirectas en sus enunciados. En concreto, los actos indirectos se pueden utilizar en situaciones de cortesía, aunque también en todo tipo de funciones.

## **1.4 Gramática y pragmática**

La estructura de la conversación indica la forma en que se construye una serie de turnos, los cuales se pueden revisar a partir de su contexto dentro de la pragmática, esta serie de turnos también se descomponen en enunciaciones, con las cuales se pueden establecer diversas formas gramaticales. Este apartado se dedica a explicar algunos elementos gramaticales que se unen al estudio pragmático.

En lingüística hay dos tipos de teorías en las que se relacionan la gramática y la pragmática. En la primera, hay una autonomía por parte de la gramática en la que ésta se ve sólo como un sistema o un apartado de normas, los cuales no se relacionan con lo que sucede en la práctica al momento de comunicarse. Por otro lado, está la otra teoría en la que la gramática y la

pragmática no son independientes una de la otra y que “la sintaxis no es un sistema regido por principios autónomos, sino que está modelado y determinado por factores pragmáticos, conceptuales e incluso culturales” (Leonetti, 2008: 2).

Como se ha visto, la pragmática se encarga de que el hablante elija la mejor forma para comunicar un mensaje. Sin embargo, el interlocutor se limitará a emitir sólo aquellas expresiones de su gramática, pues ésta es la que rige en un principio cómo se formularán los enunciados:

La concepción de la pragmática como perspectiva tiene como piedra angular la idea de elección. Desde este punto de partida la gramática no es solo la estructura que permite levantar el edificio de una lengua, es también uno de los ámbitos de una lengua en los que el hablante puede elegir entre distintas opciones para comunicar lo que desea de una manera determinada. La elección de una forma lingüística u otra puede presentar unos mismos hechos como muy distintos a los ojos de nuestro interlocutor (Portolés, 2003, 53).

En otras palabras, la gramática da al hablante diferentes opciones en las que puede comunicar algo, mientras que la pragmática se encargará de hacer la selección de las expresiones más adecuadas. Asimismo, Portolés menciona en su texto *Pragmática y sintaxis* (2003), que los principales investigadores de la pragmática no consideran a ésta como una rama más de la lingüística. La pragmática no es una disciplina independiente como la sintaxis, la morfología o la fonología, sino que es una forma de estudiar cada una de estas materias.

Por otro lado, Julio Calvo (1994) hace alusión a que hay algunas estructuras que ya están dentro de la gramática y que por tanto, son seleccionadas por los interlocutores por esta misma razón. Pero además, están las formas que cada participante elige dependiendo el contexto en el que se encuentre o bien por la intención que tenga al hablar.

A continuación se exponen algunos de los aspectos que aparecieron durante las consultas médicas analizadas. Cabe recalcar que las estructuras gramaticales analizadas no son un tema básico en el análisis conversacional, sino que se han elegido las que están presentes con frecuencia a lo largo de las diez consultas analizadas. Estos recursos lingüísticos son otra forma de observar la dinámica entre los interlocutores y han funcionado para determinar algunas de las estructuras que los mismos prefieren usar durante una entrevista médica.

#### 1.4.1 *Sintaxis y pragmática*

#### 1.4.2 El uso del estilo directo e indirecto

El estilo directo (ED) e indirecto (EI) es un aspecto importante al hablar sobre la forma en que funciona la sintaxis dentro de una conversación. En sí, el discurso ayuda al hablante a hacer la representación de algo o de un estado de la realidad, asimismo, el discurso puede representar otro discurso. La forma en la que se realiza este tipo de representaciones es a través de citas. El ED y EI son las formas prototípicas de citar un texto o discurso. “En el ED se reproducen las palabras de otras personas (o las propias) manteniéndolas aparentemente idénticas a como fueron pronunciadas o escritas, mientras que [en] el estilo indirecto las palabras narradas sufren algunos cambios, porque quien cita las acomoda a su situación comunicativa” (Reyes, 1995: 12)

La forma en que se construyen estos dos estilos es diferente entre sí, además, también hay algunas diferencias entre el uso de éstos en un texto, al que se realiza en un discurso de habla espontánea. A continuación se trata de resumir el modo que se comporta cada uno de estos estilos:

##### Estilo Directo

Se conforma por dos partes que están en yuxtaposición. En la primera está el marco de la cita y en el otro la cita. Este estilo se puede distinguir a partir de la entonación, pausas o textualmente con comillas. En el marco de la cita está presente un verbo de comunicación y le sigue la cita directa, como en:

*Mi mamá vino ayer y me dijo: “Quiero que me acompañes a la casa de Cecilia”*

Los verbos de comunicación que se utilizan en el estilo directo pueden ser *decir, comunicar, preguntar, asegurar, manifestar, pedir*. Según estudios, el ED se usa más que el EI,<sup>10</sup> sin embargo es importante recordar que la cita directa que se hace no es una reproducción al pie de la letra sino que se trata de reconstruir aquello que se quiere comunicar.

---

<sup>10</sup> En el texto *Los procedimientos de cita: estilo directo y estilo indirecto* (1995) de Graciela Reyes se hace referencia a que el primer estilo se utiliza más pues refiere a una cita directa de los que el hablante dijo, sin embargo ella matiza su idea diciendo que es poco probable que la cita “directa” sea una reproducción completamente original a la reproducida con anterioridad.

El uso del estilo directo es más recurrente, sobre todo, cuando se quiere dar un matiz realista, expresivo y dramático (Baixauli Fortea, 2004), ya que según esta autora, cuando se reproduce el discurso de otra persona se representa un personaje. Por otro lado, es común que el estilo directo se utilice para elaborar enunciados hipotéticos, imaginarios o futuros. En este caso no hay autores originales, sino que son creaciones del hablante.

#### Estilo Indirecto

Este estilo se conforma de una enunciación con una cita indirecta. Se forma “por un verbo de comunicación verbal y una oración subordinada sustantiva, encabezada por la conjunción *que*; las interrogativas indirectas totales van encabezados por *si* (o por *que si*), y las interrogativas indirectas parciales, por un pronombre interrogativo” (Reyes, 1995:31). Ejemplo:

*Mi mamá me dijo ayer que quería que la acompañará a la casa de tía Cecilia.*

Con el estilo indirecto se puede reconstruir la cita directa, pero no intenta reproducir las palabras exactas, sólo el mensaje. El EI sirve para que la persona que habla pueda dar al mismo tiempo su percepción o pensamiento sobre lo que dice. En el estilo indirecto es más importante reflejar lo que se dijo que cómo se dijo, por ello no hay dramatismo como en el ED. En este estilo es común que el texto citado no sea una oración completa

a) *Contestaron que mejor se iban solas*

O bien que el verbo introductorio no esté presente:

b) H1. *¿Qué dijeron?*

H2. *Que les avisáramos sobre la junta.*

### 1.4.3 Perífrasis verbales

El estudio de las perífrasis verbales ha sido sumamente complicado. De hecho, ha sido un tema muy estudiado pues desde su definición ha ocasionado problemas a los lingüistas. Por esa razón, retomo el concepto de Gómez Torrego:

Entendemos por perífrasis verbal la unión de dos o más verbos que sintácticamente constituyen un solo núcleo del predicado. De ese conjunto verbal, el verbo principal o auxiliado debe ser una forma no personal: infinitivo, gerundio o participio; el otro (u otros) verbo es siempre un mero auxiliar pero será la forma que podrá conjugarse en todas o algunas de las formas de conjugación (Gómez, 1988: 9).

Los verbos auxiliares de las perífrasis no pueden seleccionar funciones como sujeto o complementos, sino que lo hace el verbo auxiliado. Las perífrasis son numerosas en el español y complementan a las conjugaciones verbales. El verbo auxiliar es el encargado de modificar la idea verbal con valores temporales, aspectuales y modales. Para este análisis se retomarán dos de los diferentes tipos de perífrasis verbales: temporales y modales. Las primeras hacen alusión a un tiempo verbal y las segundas tienen que ver con el valor con el que la acción es vista por parte del hablante: obligatoria, necesaria, deseada, posible, probable.

Perífrasis temporales. El compendio de Luna Traill rescata un solo tipo de perífrasis temporal con dos valores temporales: El futuro con un verbo auxiliar en presente y el pospretérito con un verbo auxiliar conjugado en copretérito.

Perífrasis de futuro:

Ir a + INFINITIVO

Luna Traill menciona que el valor temporal de futuro es el que más se usa para esta perífrasis, además, esta estructura es el mejor remplazo para la forma sintética de *-re* (Luna Traill, 1980: 167) Asimismo, Traill le da cuatro características a esta perífrasis en su estudio. Destaca uno que sirve para este análisis, es el de *valor exhortativo* donde el verbo auxiliar está en presente de indicativo y tiene el sujeto en primera persona de plural.

Perífrasis modales. Se clasifican en perífrasis de posibilidad, obligativas, volitivas e hipotéticas.

Perífrasis de posibilidad:

Poder + INFINITIVO

Perífrasis obligativas:

Tener que + INFINITIVO

Haber de + INFINITIVO

Haber que + INFINITIVO

Deber (de) + INFINITIVO

Perífrasis volitivas:

Tratar de + INFINITIVO

Pensar + INFINITIVO

Perífrasis hipotéticas:

Deber (de) + INFINITIVO

Haber de + INFINITIVO

#### 1.4.4 *Modo verbal*

El modo verbal es una categoría gramatical que indica diferentes cosas, según su estudio. En el estudio sintáctico tiene que ver con la concordancia de tiempos, en el estudio morfológico se relaciona con los morfemas flexivos de tiempo y de persona.

Sin embargo, en la *Nueva gramática* de la RAE (2010) se explica que el modo puede manifestar la actitud del hablante frente a al mensaje dado. Por ejemplo, se han mostrado que el modo verbal se utiliza para describir ciertos actos de habla.

Las diferencias de estos actos sólo se podrán ver en aquellas oraciones donde haya alternancia entre la selección de un modo u otro. En el español se identifican tres modos morfológicos:

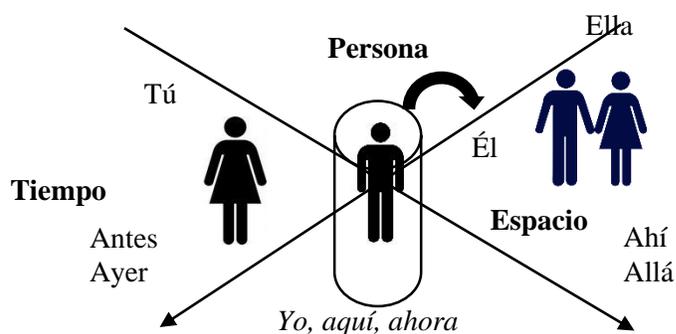
- Imperativo: Otorga fuerza ilocutiva al enunciado de orden, petición o ruego.
- Subjuntivo: Puede marcar información virtual o no especificada.
- Indicativo: Se suele atribuir a la información real.

#### 1.4.5 Deixis: la referencia de quien habla

En la interacción de una conversación es indispensable el contexto, el cual ayuda a la comprensión de lo que se habla. Es necesario que en un diálogo se reconozcan ciertos aspectos del mundo o en un caso más concreto, que los participantes que ya se conocen puedan hacer una referencia como: *Lo encontré allá, donde solía pasar los días de verano*, y que incluso así, haya una comprensión por parte del destinatario sobre qué lugar se está hablando: “La deixis es una de las categorías pragmáticas que se encuentra codificada firmemente dentro de las estructuras del lenguaje [...]. Las palabras deícticas, denominadas así por hacer referencia a las circunstancias del acto comunicativo, necesitan del contexto para alcanzar un sentido pleno en el discurso” (Martínez, 2004: 243).

Las estructuras más comunes para el uso de la deixis son los demostrativos, los pronombres, el tiempo verbal y algunos adverbios de tiempo y lugar. Todos estos elementos se utilizan en la interacción para colocar en diferentes planos aquello de lo que se está hablando. Además, la deixis revisa las formas en que una lengua gramaticaliza algunas expresiones del contexto de enunciación.

**Gráfica 1. Modelo que señala los referentes a partir del centro que puede ser un *yo*, un *aquí* o un *ahora***

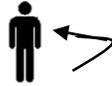


FUENTE: Elaboración propia

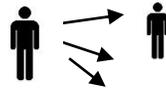
Tradicionalmente, las categorías pertenecientes a la deixis son tres: personal, temporal y espacial. Levinson agrega otros dos tipos: textual y social. Ya que este trabajo se dedica sólo al discurso oral espontáneo, este análisis dejará de lado la deixis textual, pues ésta se refiere a expresiones utilizadas en el lenguaje escrito.

Deixis personal: Codifica la representación que los participantes tienen en el momento de la enunciación. Se señala a las personas que están presentes así como a las que están lejos del interlocutor. Las categorías utilizadas para esta forma son la primera, segunda y tercera persona<sup>11</sup> (pronombres demostrativos y morfología verbal).

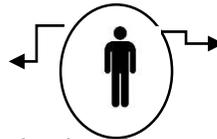
*1ª persona.* Hace referencia directa del hablante a él mismo.



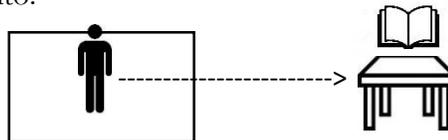
*2ª persona.* Hace referencia del hablante hacia uno o más destinatarios.



*3ª persona.* Se hace referencia a personas que no son hablantes ni destinatarios en ese momento de la enunciación.



Deixis espacial: Codificación de situaciones espaciales respecto a la situación de los hablantes en el momento de habla. Se selecciona del espacio físico aquello que se quiera destacar. Como distinción principal se encuentra *próximo/distante*. Se utilizan, regularmente, adverbios o perífrasis adverbiales de lugar, algunos demostrativos, y verbos de movimiento.



Deixis temporal: Se refiere a la gramaticalización de puntos o períodos relacionados con el tiempo en que se pronuncia la enunciación. Se marcan las fronteras entre el *ahora/antes* y *después*. Se pueden utilizar adverbios y locuciones adverbiales de tiempo, morfemas verbales de tiempo y algunos adjetivos.



<sup>11</sup> En *La deixis*, Raquel Martínez Ruiz (2004) menciona que la gramática tradicional indica que en español no es necesario el uso del sujeto sintáctico, pero en la conversación espontánea se ha registrado que el uso de pronombres personales es constante y por tal motivo debe buscarse la razón por la cual sucede. En su texto menciona, por ejemplo, que el *yo* y los morfemas personales para esta persona son utilizados en una conversación para que el hablante consiga un realce del papel del sujeto, para legitimar lo dicho y reforzar la verdad. Pero como ya se ha mencionado, el significado de los usos dependerá del contexto de la conversación.

Deixis social: Ésta se relaciona con la deixis personal, sin embargo no sólo enuncia a los participantes del acto de habla, sino que marca las identidades y la relación de los participantes (rangos, relaciones de parentesco, pertenencia a un clan). La jerarquía social es uno de los factores que marca estas relaciones. Cuando hay una estatus marcado entre los interlocutores, no hay una reciprocidad por lo que se produce una distancia social, la cual se plasma en la lengua con fórmulas de tratamiento, si los participantes tienen una mayor proximidad y la relación es recíproca, estas fórmulas dejan de utilizarse (Martínez Ruíz, 2004: 251-252)

Por ejemplo, una trabajadora doméstica puede dirigirse a su jefa de la siguiente manera:

*Disculpe, señora, me dijo Catalina que usted me buscaba*

Mientras que con su compañera de trabajo se minimizan las formas de tratamiento:

*Te dije, no me hablaba para nada malo, sólo quería hablar del aumento del sueldo*

#### 1.4.6 Atenuación lingüística

La atenuación también es un elemento pragmático-sintáctico que suele presentarse en la conversación espontánea. Se utiliza, sobre todo, para realizar una marca estratégica entre los interlocutores, su objetivo es minimizar la fuerza del acto de habla. La atenuación se puede regir por el principio pragmático de la cortesía, ya que puede funcionar para suavizar el mensaje, quitar relieve, mitigar, reparar o esconder la verdadera intención (Albelda, 2010), aunque la cortesía puede ser sólo un disimulo de lo que realmente se quiere decir, en otras palabras, los atenuadores ayudan al interlocutor a lograr un fin respecto a su receptor. Como ejemplo:

H1: *¿Qué opinas de lo que pasó ayer con la hermana de Sebastián?*

H2: *Pues, yo supongo que, la verdad no quisiera meterme... en realidad, creo que es jovencita y no sabe lo que hace.*

En el ejemplo, H2 utiliza distintos atenuadores, los cuales funcionan para que no dé directamente su opinión respecto a la pregunta de H1. Los atenuadores se presentan con distintos mecanismos en el discurso verbal. Estas unidades pueden presentarse fonéticamente, lexicalmente, sintácticamente y semánticamente, sin embargo, esta función atenuante no es exclusiva sino que dependerá de un contexto. Para esta recopilación se utilizó la clasificación de Marta Albelda Marco y Antonio Briz Gómez (2010):

- I. Indeterminación de la cantidad. Suelen borrar el contenido semántico de lo dicho con mecanismos como diminutivos, minimizadores, aproximativos, eufemismos.
- II. Expresión de duda o incertidumbre. Presentan falta de certeza respecto a lo expresado para disminuir la responsabilidad, se expresan a través de adverbios u oraciones de creencia e incertidumbre.
- III. Despersonalización de elementos enunciativos. Se desfocaliza la enunciación personal. La forma más común de hacerlo es a partir del ocultamiento de la persona responsable de lo dicho o reduce el compromiso del hablante. Pueden utilizarse estructuras como *según, uno, nosotros, tú*
- IV. Corrección y reformulación. Hay una falla en el propósito del emisor respecto al receptor e intenta restaurar el orden o bien minimizar el desacuerdo. Puede usar marcadores discursivos como *bueno, pues, o sea, hombre, mujer*, pero también las risas y las disculpas reiteradas funcionan en este caso.
- V. Implicación del interlocutor. El hablante incluye al oyente como forma de compartir responsabilidad en lo que ha dicho. Se usan formas como *¿no?, ¿vale?, ¿sí?, ¿qué te parece?* o dejando el enunciado en suspenso.

Además de lo que ya se ha revisado, existen marcas explícitas dentro de la conversación que pueden ayudar en la interpretación y sentido de la misma. El siguiente tema abarca la dimensión léxica que puede presentarse en la conversación espontánea.

## 1.5 Léxico y pragmática

### 1.5.1 Terminología y coloquialismos

El tipo de léxico que se utiliza dentro de una conversación nos puede decir mucho sobre la misma. Por ejemplo, cómo se conforma el vocabulario de los participantes, si hay redundancia en las oraciones de éstos o incluso comprender cómo se hace el intercambio temático dentro de un diálogo. En una conversación espontánea es común que ciertos tipos de léxico aparezcan dependiendo del tipo de discurso, como la terminología especializada y los coloquialismos:

- *Terminología.* Es una disciplina encargada del estudio del lenguaje especializado. La terminología se une al campo de la lingüística pues se enfoca en las palabras propias de un campo profesional (Obrajero, 2006: 14). La terminología sirve para que haya una comunicación eficaz dentro de la práctica de una profesión. La forma en que se llama a este tipo de palabras es *términos*. Éstos pueden presentarse de distintas formas: con construcciones simples, las cuales no admiten afijos, también hay términos complejos (derivado y compuestos). Asimismo, hay términos que se conforman a partir de dos o más sintagmas. Finalmente, están aquellos que parecen simples pero tienen un origen complejo, entre estos destacan las siglas, los acrónimos, las abreviaturas y formas abreviadas.
- *Coloquialismos.* Son los vocablos que surgen del habla espontánea o cotidiana. El vocabulario puede utilizar palabras apocopadas; léxico informal; repeticiones; tonalidad diferente; diminutivos y aumentativos, entre otros (Obrajero, 2006).

El siguiente dialogo representa el ejemplo de la terminología y coloquialismos:

H1. *En la clase de hoy, la química nos explicó que el pH es una escala logarítmica para describir la acidez de una disolución acuosa.*

H2. *Híjole, yo no entendí nadita de eso, pero tú pareces experto.*

### 1.5.2 Marcadores conversacionales

Los marcadores conversacionales o discursivos han sido un tema lingüístico que ha evolucionado de ser un tema gramatical a ser estudiado como un tema pragmático. Un marcador conversacional se puede definir como una unidad lingüística invariable, la cual no tiene una función sintáctica, pero que puede guiar al destinatario a las deducciones pertinentes que el emisor quiso enunciar.

Agregar algún tipo o diferentes tipos de marcadores en un mismo enunciado sirve para que el interlocutor comprenda mejor aquello que el otro participante quiso decir. Así, por ejemplo, los marcadores no se utilizarán si las inferencias son bien percibidas y se añadirá uno o más hasta que se consigan las inferencias requeridas:

La relación que algunos marcadores establecen entre miembros del discurso se puede interpretar como una muestra de cohesión entre ellos, pero, en el fondo, se trata de un medio de lograr unas inferencias que, de otro modo, serían difíciles o imposibles. No se habla para crear discursos cohesionados, sino para comunicar del mejor modo posible lo que deseamos que nuestro interlocutor conozca. Por este motivo, si las inferencias

obtenidas sin marcadores son las pretendidas por el hablante, no se utilizan estas unidades, y si, por el contrario, con un solo marcador no se alcanzan las inferencias deseadas se acumulan varios (Portolés, 2001: 33-34).

El uso de los marcadores es diferente en el discurso escrito y en el oral. En la conversación, por ejemplo, ayuda a facilitar la articulación entre lo dicho y lo hecho. Los marcadores funcionan a partir del conocimiento que existe entre los participantes y de las posiciones que ocupan los mismos. Se podría pensar que algunos marcadores no tienen un valor dentro de la conversación como en:

H1: *Debería escuchar lo que dices, no estás bien*

H2: *Bueno, deja que te explique lo que sucedió...*

Pero cuando H2 inserta el marcador *bueno* lo ayuda a iniciar mejor su enunciado. Este tipo de marcadores sirven para que se lleve a cabo con éxito el proceso de interacción entre los interlocutores.

#### Clasificación semántico-pragmática

A pesar de que los marcadores discursivos parecen ser un tema sintáctico, la clasificación de éstos se basa, sobre todo, en su significado. A continuación, se presenta la clasificación, con base en el texto de José Portolés (2001: 137-145):

- 1) Estructuradores de la información: se encargan de regular la información y de organizarla. A su vez, éstos se dividen en:
  - a. comentadores: preparación de un nuevo comentario en el cambio de tópicos.
  - b. ordenadores: Estructuran la información y se dividen en: Marcadores de apertura (abren una serie del discurso) y Marcadores de continuidad (indican que el miembro al que acompañan no es el elemento inicial).
- 2) Conectores: vinculan de manera semántica y pragmática un miembro del discurso con otro miembro del discurso anterior. Dependiendo del significado, guían hacia la interpretación que se han de obtener. Se organizan como:
  - a. Conectores aditivos: une a miembros del discurso con la misma orientación argumentativa.
  - b. Conectores consecutivos: se presenta al miembro del discurso como consecuencia del miembro anterior.
  - c. Conectores contraargumentativos: presentan contraste o contradicción entre los miembros vinculados.

- 3) Reformuladores: se pretende formular el miembro que acompañan como una nueva formulación del miembro anterior. Por lo regular, es el segundo miembro el que se toma en cuenta. Se agrupan como:
  - a. Reformuladores explicativos: aclara o explica lo que se ha querido decir en el miembro anterior.
  - b. Reformuladores rectificativos: el primer miembro se presenta como incorrecto y el segundo trata de rectificar al primero.
  - c. Reformuladores de distanciamiento: presentan como no relevante miembro del discurso anterior.
  - d. Reformuladores recapitulativos: el miembro del discurso al que acompañan se presenta con una recapitulación o una conclusión de miembro anterior.
- 4) Operadores argumentativos: condicionan las posibilidades discursivas del miembro que acompañan, cuyo significado no se relaciona con el significado del miembro anterior. Se pueden clasificar como:
  - a. Operadores de refuerzo argumentativo: refuerzan el argumento del miembro discursivo al que acompañan. Al mismo tiempo, limitan a los otros miembros como posibles conclusiones.
  - b. Operadores de concreción: producen una generalización.
  - c. Operador de formulación: es la interjección “bueno” que representa una formulación satisfactoria de la intención comunicativa del hablante.
- 5) Marcadores conversacionales: manifiestan la relación entre los participantes de la conversación. Pueden presentarse como retardos, llamadas de atención, comprobar el contacto o fórmulas apelativas y exhortativas:
  - a. De modalidad epistémica.
  - b. De modalidad deóntica.
  - c. Enfocadores de alteridad.
  - d. Metadiscursivos conversacionales.

El cuadro 7 presenta los tipos de marcadores discursivos y algunos ejemplos de los mismos:

**Cuadro 7. Tipos de marcadores del discurso según Martín Zorraquino**

<i>Estructuradores de la información</i>	Comentadores	pues, pues bien, así las cosas, etc.
	Ordenadores	en primer lugar/ en segundo lugar/; por una parte/ por otra parte; de un lado/de otro lado, etc.
	Digresores	por cierto, a todo esto, a propósito, etc.
<i>Conectores</i>	Aditivos	además, encima, aparte, incluso, etc.

	Consecutivos	por tanto, por consiguiente, en consecuencia, de ahí, entonces, pues, así, así pues, etc.
	Contraargumentativos	en cambio, por el contrario, por el contrario, antes bien, sin embargo, no obstante, con todo, etc.
<i>Reformuladores</i>	Explicativos	o sea, es decir, esto es, a saber, etc.
	De rectificación	Mejor dicho, mejor aún, más bien, etc.
	De distanciamiento	En cualquier caso, en todo caso, de todos modos, etc.
	Recapitulativos	En suma, en conclusión, en definitiva, en fin, al fin y al cabo, etc.
<i>Operadores argumentativos</i>	De refuerzo argumentativo	En realidad, en el fondo, de hecho, etc.
	De concreción	Por ejemplo, en particular, etc.
<i>Marcadores conversacionales</i>	De modalidad epistémica	Claro, desde luego, por lo visto, etc.
	De modalidad deóntica	Hombre, mira, oye, etc.
	Metadiscursivos conversacionales	Bueno, eh, este, etc.

FUENTE: Martín (2000: 4081-4082).

En este apartado se han tratado de integrar algunos de los aspectos más relevantes dentro de la teoría del análisis de la conversación y se ha podido observar cómo es la estructura general de un diálogo. Por otro lado, la revisión de algunos temas pragmáticos nos ha ayudado a comprender la intencionalidad del hablante durante la conversación. Por último, la gramática emparentada con la pragmática contribuye a comprender cómo se estructuran internamente cada uno de los enunciados emitidos por los interlocutores, para ello se puso énfasis en aquellos aspectos que refuerzan el análisis final de este trabajo. En los capítulos siguientes se presentan los resultados de la comparación entre los temas vistos hasta aquí y la consulta médica.

## 2. LA CONSULTA MÉDICA: ANÁLISIS CONVERSACIONAL Y PRAGMÁTICO

**E**n este capítulo se presentan los resultados del análisis conversacional y pragmático que se realizó en la selección de diez consultas. Este segundo capítulo se divide en dos partes: el primero refiere los resultados de la estructura general de la conversación; mientras que en el segundo se revisan las dos teorías pragmáticas que hablan de la intención del hablante durante la interlocución.

### 2.1 Estructura de los turnos

Como se vio anteriormente, el turno es la unidad básica de la conversación, el cual permite estructurar de manera ordenada la progresión de la conversación. Esta unidad está compuesta por frases o sintagmas que contienen información específica, la cual es reconocida por cada uno de los interlocutores, y de esta forma, se va creando un diálogo completo a partir de la alternancia o de la toma de turnos. La alternancia de turnos se da a partir de la sucesión de toma de palabra por parte de los interlocutores.

En primera instancia, es importante que se muestre cómo es que los turnos se van construyendo: cuántos turnos pertenecen al médico y cuántos al paciente, así como ver quién de ellos dos tiene más participación durante la consulta a partir de la extensión de sus turnos. Enseguida se presentan algunos cuadros para revisar el capital verbal o número total de los turnos en cada consulta.

**Cuadro 8. Toma de turnos**

<i>Consulta privada</i>	<i>Turnos</i>	<i>Consulta pública</i>	<i>Turnos</i>
1.1	153	2.1	62
1.2	145	2.2	218
3.1	235	2.3	61
3.2	138	4.1	82
3.3	239	4.2	84
<i>Total</i>	<i>910</i>	<i>Total</i>	<i>507</i>

Como se puede notar, en los turnos totales, sí hay una diferencia en la extensión de las consultas privadas y las públicas, ya que las primeras tienen un mayor número de turnos que las

segundas; en la consulta privada todas las consultas tienen más de 130 turnos, mientras que en la consulta pública la mayoría tiene menos de cien.

El cuadro 9 muestra los turnos totales por cada uno de los participantes en cada consulta, además se presenta el porcentaje de turnos que tiene médico-paciente-acompañante respecto al total absoluto.

**Cuadro 9. Turnos totales**

<i>Consulta privada</i>	<i>Turnos M.<sup>12</sup></i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Turnos P.</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Turnos A.</i>	<i>Porcentaje</i>
1.1	76	49.67%	74	48.36%	3	1.96%
1.2	67 (y 2 de otro Médico)	46.20%	48	33.10%	30	20.68%
3.1	118	50.21%	117	49.78%	-	-
3.2	69	50%	50	36.23%	19	13.76
3.3	119	49.79%	109	45.60%	1	0.41%
<i>Total</i>	<i>451</i>	<i>49.56%</i>	<i>398</i>	<i>43.73%</i>	<i>53</i>	<i>5.82</i>
<i>Consulta pública</i>						
2.1	29	46.77%	12	19.35%	21	33.87%
2.2	97	44.49%	81	37.15%	38 (y 2 de un segundo acompañante)	17.43%
2.3	31	50.81%	30	49.18%	-	—
4.1	41	50%	41	50%	-	-
4.2	42	50%	42	50%	—	—
<i>Total</i>	<i>240</i>	<i>47.33%</i>	<i>206</i>	<i>40.63%</i>	<i>61</i>	<i>12.03%</i>

Como se muestra arriba, el total de número de turnos entre la consulta pública y privada es muy diferente. En el caso de los turnos de las consultas privadas, tanto médicos como pacientes tienen casi el doble de turnos. Los turnos de los acompañantes son mayores en la consulta pública, sin embargo, esto sucede porque la consulta 2.2 es un caso especial, en la cual el acompañante conoce bien al médico e interactúa con él y el paciente. Asimismo, en la mayoría de las consultas se muestra que en la dinámica conversacional entre médico y paciente los turnos se dividen a la mitad entre ambos; casi como un intercambio uno a uno. Es común que la secuenciación se dé de manera más o menos ordenada entre el médico y el paciente cuando sólo

<sup>12</sup> En adelante, será necesario abreviar, algunas veces, las palabras “médico” (M), “paciente (P) y “acompañantes” (acomp./A).

se encuentran estos dos. Esto quiere decir que en una consulta médica hay un diálogo constante y sólo se puede ver diferencias cuando hay más de dos personas en el consultorio. En algunas consultas, las participaciones del acompañante son más numerosas como en la consulta 2.1. También hay diferencias cuando se presenta estos acompañantes, pues ahí es donde las participaciones del médico son mayores como en 3.1, 3.2, 3.3, 2.1. Según el cuadro 9, es más frecuente que haya acompañantes en las consultas de sector salud privado.

Otro aspecto importante es la extensión de cada turno, por lo que se decidió hacer un conteo de cada palabra para poder observar si alguno de los dos habla más durante toda la consulta. Como la forma en que se dividen los turnos en el cuadro 9 no manifiesta una diferencia clara entre el médico y paciente; el número de cada palabra es importante para apreciar mejor el contraste:

**Cuadro 10. Número de palabras (consulta privada)**

<i>Consulta privada</i>	<i>M</i>	<i>P1</i>	<i>A1</i>	<i>A2</i>
1.1	2330	306	17	—
1.2	873	337	277	8
3.1	941	1656	—	—
3.2	1166	545	108	—
3.3	1737	1125	2	—

En el cuadro 10 se muestra que en la mayoría de las consultas el médico del sector salud privado tiende a hablar más. En algunas ocasiones, el número de palabras del médico es más del doble que en las del paciente como en 1.1 y 3.3.

Por otro lado, la consulta 3.1 se caracteriza por ser el único caso donde el paciente abarca más número de palabras que el médico. En el caso de los acompañantes, la consulta 1.2 y 3.2 tienen un número considerable de palabras respecto al paciente, sólo en la 3.3 el acompañante tiene poca participación.

**Cuadro 11. Número de palabras (consulta pública)**

<i>Consulta pública</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A1</i>	<i>A2</i>
2.1	340	18	55	—
2.2	1398	494	385	8
2.3	259	272	—	—
4.1	1073	290	—	—
4.2	640	320	—	—

Los datos del cuadro 11 reflejan que al igual que en las consultas privadas, en el sector salud público el médico es quien tiene turnos más extensos. En algunos casos, el número de palabras es el doble o el triple como en la consulta 2.1, 2.2 y 4.1. Sólo en la consulta 2.3 el número de palabras del paciente es mayor que el del médico. En estas consultas el acompañante tiene más participación, como en 2.1, donde el acompañante tiene turnos más extensos que los del paciente; la consulta 2.2, también tiene un número notable de palabras respecto a las del paciente.

Ya revisadas las palabras, es innegable que el médico es quien más habla. A pesar de que los turnos sean equitativos entre los participantes, los turnos del médico son más extensos e incluso rebasan el doble de palabras que las de los pacientes.

### 2.1.1 Intervenciones

En contraposición a los turnos, se encuentran las intervenciones. Éstas no son turnos de habla, en realidad son emisiones que sirven para seguir la sucesión de la conversación, sólo tienen la función de mantener el progreso del diálogo en cada uno de los interlocutores. Existen dos tipos: las *aportaciones*, las cuales se realizan en solapamiento<sup>13</sup> y son señales de que el oyente pone atención. Como ejemplo, en (1) la participación de M no es como tal un enunciado, sino que sirve como intervalo para indicar que se presta atención:

(1) 1.1

017 M: No, pérame. La, la artritis reumatoide es una enfermedad  
de, que inflama [las articulaciones=  
018 P: [Mhm.

También están los *turnos de paso*, los cuales no ocurren en solapamiento y se usan para indicar que no se quiere tomar la palabra, como en (2), M da la pauta para que P tome el turno pues habla de las causas que podían causarle los calambres esperando una respuesta pero P deja pasar el turno:

(2) 2.2

---

<sup>13</sup> Más adelante, se hablará con más detalle de los solapamientos.

033 M: Porque, este, entonces hay que también, este. No siempre es el problemita de las, del potasio. A veces pensamos que es por eso y veces no. A veces son otras causas

034 P: Ujm

Las intervenciones en las consultas médicas revisadas también son constantes. Los participantes utilizan ambos tipos de intervenciones. Aunque la mayoría no ocurre en solapamiento, sí se usan para las funciones ya mencionadas: señal de que el oyente pone atención o el oyente indica que no desea tomar la palabra. Algunos ejemplos de intervenciones que hay en estas consultas son *sí, ajá, ujum, exacto, ok, muy bien, claro, ya, bueno*.

**Cuadro 12. Número de intervenciones**

<i>Consulta privada</i>	<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acomp.</i>
1.1	6	17	—
1.2	8	11	6
3.1	34	5	—
3.2	6	5	1
3.3	3	3	0
<i>Consulta pública</i>			
2.1	0	3	4
2.2	5	14	4
2.3	2	0	—
4.1	4	1	—
4.2	2	5	—

Como se observa en el cuadro 12, la utilización de intervenciones es más común entre los pacientes. Hay una excepción en la consulta 3.1, donde el médico hace 34 intervenciones. Sin embargo, en las consultas 1.1, 1.2 y 2.2 es el paciente quien tiene un número mayor de éstas. Además, ya que las consultas privadas son más extensas, hay un mayor uso de esta herramienta. A partir de las consultas revisadas, se puede observar que los interlocutores utilizan las intervenciones para:

Médicos →

Escuchar lo que dicen sus pacientes sobre sus malestares, sus actividades o sus dudas
---

Pacientes →

Cuando el médico les explica algún síntoma o bien cuando éste le da indicaciones o recomendaciones

A continuación, se presentan ejemplos de estos tipos de intervenciones. En a) el paciente utiliza la intervención para dar a entender que comprende lo que el médico explica.

(3) a) 2.2

*(Turno)* 078 M: Ujm. Es que mire, esa tabletita nos ayuda a que su metabolismo esté mejor

*(Intervención)* 079 P1: Exacto

*(Turno)* 080 M: Y que lo que esté comiendo se asimile perfectamente bien. Y que no se vayan a subir los niveles de glucosa. Pero si usted no se lo toma, la glucosa se va a subir.

En (3b) el médico utiliza la intervención para indicar que no quiere tomar la palabra en ese momento, pero da la indicación de que sigue lo que el paciente dice.

b) 3.1

*(Turno)* 078 P: Mi salud número uno y este y que se com.... Este porque allá nada más, bueno, traigo la presión alta y no pedí que me hicieran el electro porque andaba yo corta de lana, (risa).

*(Intervención)* 079 M: Claro.

*(Turno)* 080 P: Pues, para pagar yo en urgencias, iba yo de aquí en lo que lo investigan

*(Intervención)* 081 M: Claro, claro.

### 2.1.2 Modos de transición

La manera en que cambian los turnos de palabras puede parecer sencillo en el diálogo médico-paciente, pero cuando aparecen otros participantes la transición no es tan simple. Para que la conversación pueda ir progresando de manera ordenada y se vaya construyendo la estructura entre los participantes existen los lugares apropiados para la transición (LAT). Este tipo de señalamientos se pueden dar a través de gestos, un tipo de entonación diferente o con preguntas directas. Los cambios de turno se van dando gracias a las señales que dan los interlocutores.

En lo que respecta a los LAT entre médico y paciente, sus modos de transición son fáciles de reconocer para ambos cuando sólo están ellos pero únicamente se pueden percibir los lugares de transición que están de manera manifiesta, pues los gestos y la entonación no están presentes en el estudio de nuestras consultas. Con las preguntas directas que el médico realiza al paciente, se entiende la distribución de turnos. En el siguiente ejemplo, se muestra como el médico realiza una pregunta directa y el paciente la toma con un LAT:

(4) 2.3

018 M: ¿Y corres?

019 P: Pues sí corro bien

020 M: ¿Has tenido problemas intestinales?

021 P: No, he estado bien.

En estas consultas, los LAT indirectos sólo pueden revisarse cuando hay más de dos participantes. Las consultas que presentan más de dos interlocutores son

**Cuadro 13. Consultas con más de dos interlocutores**

<i>Consulta</i>	<i>Poca participación de acompañante</i>	<i>Mucha participación de acompañante</i>	<i>Número de turnos</i>
1.1	✓		3
1.2		✓	30
2.1		✓	21
2.2		✓	38
3.2	✓		19
3.3	✓		1

A pesar de que haya mucha o poca participación existe la posibilidad de que aparezcan los lugares apropiados para la transición.

Los LAT se dividen en dos diferentes modelos: la heteroselección y la autoselección:

1) La heteroselección: este cambio se da cuando uno de los participantes tiene la palabra y decide quién es el siguiente interlocutor en la conversación. Son pocas las ocasiones en que esto sucede en las consultas analizadas, la heteroselección la puede hacer tanto el médico como el paciente. Por ejemplo (en cursiva la forma de heteroselección):

(5) 1.4

019 M: [siático. A ver. Ahorita vamos a ver. *A ver que doña Virginia nos platique un poquito. A ver doña Virginia, platíqueme ¿cuántos años tiene usted?*

020 P: Este, ochenta y... [siete.

3.3

015 M: Cualquier cosa le hace daño, por ejemplo, ¿qué cosas de comer?

016 P: Ay no, *¿cuántas chilucas le pusiste?*

017 A: Dos

018 P: Chilucas como me hace daño y ese día ya me atreví a comer

La heteroselección sucede de la siguiente manera en las conversaciones analizadas:

**Cuadro 14. Heteroselección**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de heteroselecciones</i>	<i>Interlocutor que la hace</i>	<i>A quién va dirigida</i>	
1.1	0	—	—	
1.2	3	Médico	Paciente (2)	Acompañante (1)
3.1	No hay más de dos participantes			
3.2	1	Médico	Paciente	
	1	Acompañante	Paciente	
3.3	0	—	—	
<i>Consulta pública</i>				
2.1	0	—	—	
2.2	1	Acompañante	Paciente	
2.3	No hay más de dos participantes			
4.1	No hay más de dos participantes			
4.2	No hay más de dos participantes			

Los resultados indican que la heteroselección es utilizada casi de la misma forma tanto por médico, paciente y acompañante. Aunque sí se nota una pequeña diferencia entre el número de las consultas privadas respecto a las públicas. Por otro lado, también se nota que la

heteroselección va dirigida, en su mayoría, hacia el paciente, sin importar si la hace el médico o el acompañante.

2) La autoselección: ésta sucede cuando uno de los participantes toma el turno de habla sin haber sido seleccionado por el interlocutor anterior a él. Ésta es la forma que más se ve dentro de las consultas médicas, pues ya que el diálogo es entre el médico y el paciente, el acompañante es quien más autoselecciones hace, sus participaciones se centran en dos propósitos, principalmente:

- Responder a cuestionamientos que el médico hace al paciente
- Dar su opinión sobre lo que se conversa

Como en el siguiente ejemplo (con una flecha se indica el momento de la autoselección):

(6) 3.2

088 M: Pero ya estaba molesto antes de que empezaran los fríos.

089 P: Sí, ya no andaba bien.

090 M: Muéstreme su lengua, por favor.

↔ 091 A: Es que este hombre es verdaderamente, es como muy aguantador.

092 M: Aguanta mucho.

El cuadro 15 muestra el número de veces que aparece la autoselección en las consultas analizadas:

**Cuadro 15. La autoselección**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de autoselecciones</i>	<i>Interlocutor que la hace</i>	<i>A quién va dirigida</i>	
1.1	2	Acompañante	Médico	
1.2	5	Acompañante	Paciente (1)	Médico (5)
3.1	No hay más de dos participantes			
3.2	5	Acompañante	Médico	
3.3	0	—	—	
<i>Consulta pública</i>	<i>Número de autoselecciones</i>	<i>Interlocutor que la hace</i>		<i>A quién va dirigida</i>
2.1	6	Acompañante		Médico
2.2	13	Acompañante 1		Médico
	1	Acompañante 2		Médico
2.3	No hay más de dos participantes			

4.1	No hay más de dos participantes
4.2	No hay más de dos participantes

Como puede verse, la autoselección es realizada sólo por los acompañantes. En este caso, el número de consultas que presentan este tipo de LAT es la misma en las consultas de sector salud privada y pública. Al contrario que con la heteroselección, la autoselección se realiza, más frecuentemente, para dirigirse al médico.

### 2.1.3 Solapamientos e interrupciones

Entre cada uno de los turnos que hay dentro de una conversación existen intervalos que son utilizados por los interlocutores como un mecanismo más de cambio de turno. Los elementos que se encontraron dentro de las consultas analizadas son dos: los solapamientos y las interrupciones. Los primeros se caracterizan por ser momentos de habla simultánea entre los participantes. Las segundas suceden cuando se inicia un turno mientras se está procesando otro. Ambos suceden más frecuentemente en conversaciones grupales.

1) Solapamientos. En la teoría conversacional, el solapamiento ocurre, generalmente, cuando uno de los interlocutores hace una autoselección. Sin embargo, en las consultas analizadas, no son tan numerosos o no suceden siempre que hay autoselección, aunque sí aparecen si hay acompañantes durante la conversación. Los solapamientos aparecen aunque sólo estén médico y paciente presentes. En los siguientes ejemplos se puede ver cómo se inicia un nuevo turno antes de que acabe el anterior:

(7) 2.2

023 M: O verduritas, que también, o una jicamita,

024 P: Sí, [Cuando hay y hay tiempo este,

025 M: [O pepinito

1.1

106 M: No, no, no, no.

107 P: [No, es que

108 M: [O sea nunca, nunca, queremos nosotros, como médico. Imagina, ay este paciente que se deforme, este...

El cuadro 16 muestra el número de veces que ocurren los solapamientos en estas consultas:

**Cuadro 16. Los solapamientos**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de solapamientos</i>	<i>Quién lo realiza</i>	<i>Quién tenía el turno</i>	<i>Autoselección</i>	
1.1	5 6	Médico Paciente	Paciente Médico	NO NO	
1.2	9 5 7	Médico Paciente Acompañante	Acompañante y Paciente Médico Médico	NO NO NO (3)	SÍ (4)
3.1	No hay solapamientos				
3.2	No hay solapamientos				
3.3	1 1	Médico Paciente	Paciente Médico	NO NO	
<i>Consulta pública</i>					
2.1	No hay solapamientos				
2.2	4 3 2 5	Médico Paciente Acompañante Todas hablan	Paciente Médico Médico —	NO NO NO —	
2.3	No hay solapamientos				
4.1	1	Médico	Paciente	NO	
4.2	No hay solapamientos				

Como puede notarse, los solapamientos son más habituales en los médicos y en los pacientes y no tanto en los acompañantes. El número de solapamientos es mayor en las consultas privadas. Por otro lado, los solapamientos que realizan los pacientes o acompañantes se hacen siempre que el médico tiene turno, mientras que el médico los realiza cuando el paciente lo tiene; y en pocas ocasiones en los turnos de los acompañantes.

2) Interrupciones. Este tipo de intervalos tiene dos clasificaciones: las competitivas y las colaborativas. Esta división también está presente en las consultas examinadas. Hay interrupciones donde uno de los dos trata de dominar el turno (competitivas) y hay otros donde sólo se completa el turno del interlocutor anterior (colaborativas). Las interrupciones son frecuentes en las consultas revisadas en este trabajo. Ocurren aunque sólo haya dos interlocutores. En los ejemplos de abajo se muestran los dos tipos de interrupciones, en (8 a y b) y se puede ver que la interrupción la realiza el médico; mientras que en (8 c y d) las realiza el paciente.

(8) a) 3.2

016 P: Pues...

017 M: ¿Ya tenemos unos tres años o más? ¿O son más años?

b) 1.4

012 P1: Entonces, nos hizo el favor, el doctor Hugo, de que le fuéramos a sacar unas radiografías, de la columna, de la pelvis y no sé de qué otro. Y se las trajimos, [con el...

013 M: [¿Las trae ahorita?

Interrupción competitiva

c) 4.1

063 P: ¿Dónde los voy a pedir eso?

064M: Aquí afuera con...

065 P: ¿Abajo?

d) 3.1

130 P: Ah, doctor, sabe que sí me (...) mucho porque aquí. Tomé agua porque dije, esto no es porque no había yo tomado agua. Si me dolió mi, mi...

131 M: El riñón.

Interrupción colaborativa

El cuadro 17 expone las veces que las interrupciones aparecen en estas consultas:

**Cuadro 17. Las interrupciones**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de Interrupciones</i>	<i>Quién la realiza</i>	<i>A quién interrumpe</i>	<i>Tipo</i>	
1.1	1	Médico	Paciente	Competitiva	
	1	Paciente	Médico	Colaborativa	
1.2	1	Médico	Acomp.	Competitiva	
	1	Paciente	Médico	Colaborativo	
3.1	4	Médico	Paciente	Colaborativa (1)	Competitiva (3)
	3	Paciente	Médico	Colaborativa (1)	Competitiva (2)
3.2	1	Médico	Paciente	Competitiva	
	1	Paciente	Médico	Competitiva	
	2	Acomp.	Médico	Competitiva	
3.3	No hay interrupciones				
<i>Consulta pública</i>	<i>Número de interrupciones</i>	<i>Quién la realiza</i>	<i>A quién interrumpe</i>	<i>Tipo</i>	
2.1	No hay interrupciones				
2.2	1	Paciente	Médico	Colaborativa	

2.3	No hay interrupciones			
4.1	1	Médico	Paciente	Colaborativa
4.2	1	Paciente	Médico	Colaborativa

Los datos en el cuadro 17 muestran que las interrupciones suceden más en las consultas de sector salud privado, además éstas son igual de comunes entre el médico y el paciente. Por otra parte, en las consultas de sector salud público, las interrupciones no son tan frecuentes pues sólo se presentan en tres de las cinco y el número es mínimo. Entre ambas tablas se ve que en la consulta privada hay un número mayor de interrupciones competitivas; mientras que en la pública sólo aparecen interrupciones colaborativas.

A pesar de que hay un menor número de interrupciones, éstas se presentan en más consultas que los solapamientos, pues los éstos están presentes en cinco de ellas; mientras que las interrupciones aparecen en ocho.

#### 2.1.4 Pares adyacentes

Los pares de adyacencia se conforman por dos partes o por dos turnos. Cada parte pertenece a un interlocutor diferente. El primero de estos turnos crea una expectativa para la respuesta del segundo. Es importante recordar que estos pares son otro tipo de forma en la que se estructura la conversación. Las formas prototípicas de estos pares son

Saludo-saludo

Pregunta-respuesta

Oferta-aceptación

En el siguiente ejemplo se puede ver un par adyacente de pregunta-respuesta:

(9) 1.4

055 M: ¿Fueron partos todos?

056 P: Sí.

057 M: ¿Cuándo fue la última vez que menstruó?

058 P2: Uy doctora, ya no me acuerdo.

Los pares adyacentes se dificultan cuando hay elementos como las *secuencias de inserción*, las cuales son enunciados que se interponen en medio del par adyacente. Como en:

(10) 3.2

098 M: ¿Problema de oídos?

099 P: ¿Cómo qué? □

Secuencia de inserción

100 M: Por ejemplo que tenga dolor, que se le inflame, o ha tenido un oído reventado...No, ¿nunca? Su digestión ¿cómo está?

Las segundas partes de un par pueden ser clasificadas como respuestas *preferidas* o *despreferidas*; esto dependerá de si la participación es la esperada para la primera parte del par o no lo es. Ejemplo:

(11) 2.3

059 P: ¿Cuánto es doctora?

060 M: Te cuidas mucho me saludas a tu mami

En las consultas que se analizaron para este trabajo, los pares adyacentes también son reconocibles. Algunos pares se presentan más que otros, pues como hemos visto, la consulta es un tipo de conversación que corresponde a un paradigma de pregunta/respuesta. En cambio, no se presenta el tipo de par oferta/aceptación. A continuación expongo la forma en que se desarrollan los pares adyacente en la consulta médica.

I) Saludo-saludo

Las consultas médicas con las que se ha trabajado no muestran un par adyacente de saludo al inicio de éstas. Como se verá más adelante, el comienzo de la consulta se marca con preguntas o con oraciones imperativas y no con formas de saludo. Sin embargo los pares adyacentes de saludo sí están presentes cuando se cierra la consulta, ya que las despedidas también son consideradas dentro de este rubro. Como en:

(12) 2.3

088 P: Ok doctora, gracias, hasta luego

} **par**

089 M: Ok cuídate

El cuadro 18 indica cuáles consultas tienen un par adyacente saludo-saludo, si la respuesta es preferida o no preferida y además, quién inicia este tipo de par adyacente:

**Cuadro 18. Pares de saludo-saludo**

<i>Consulta privada</i>	<i>Par (despedida)</i>	<i>Secuencia de inserción</i>	<i>Tipo de respuesta</i>	<i>Quién inicia</i>
1.1	✓	Sí	despreferida	Médico
1.2	Sin par			
3.1	✓	No	preferida	Paciente
3.2	✓	Sí	preferida	Paciente
3.3	✓	No	preferida	Paciente
<i>Consulta pública</i>				
2.1	Sin par			
2.2	Sin par			
2.3	✓	No	Preferida	Paciente
4.1	✓	No	preferida	Paciente
4.2	✓	No	preferida	Paciente

En el cuadro 18 se muestra que la mayoría de las consultas tienen un par adyacente de despedida, sólo dos de ellas tienen una secuencia de inserción, así que se puede decir que al cerrar la consulta los interlocutores son más tajantes. Además, esta secuencia sólo sucede en el sector salud privado. El tipo de respuesta es, en su mayoría, preferida y sólo en 1.1 es despreferida. Por último, este tipo de par adyacente sucede siempre entre el médico y el paciente y es éste último quien hace la primera parte del par. En la siguiente sección se verá más a fondo cómo se llevan a cabo las despedidas.<sup>14</sup>

## II) Pregunta-respuesta

Este tipo de par adyacente es el más recurrente en las consultas analizadas. La consulta es un diálogo constante de pregunta-respuesta. Por eso, la mayoría de las veces, las respuestas son preferidas pues el paciente está de acuerdo en cooperar con el médico para que éste pueda determinar la enfermedad. De igual manera, son casi nulos los pares que tienen secuencias de inserción, pues el paciente trata de responder de manera directa. Los ejemplos siguientes muestran los pares adyacentes de pregunta/ respuesta (13 a); los que tienen secuencias de inserción (13 b) y los que tienen respuesta despreferida (13 c):

<sup>14</sup> En la sección de *Estructura de la conversación*, se verá que en el cierre de la misma hay varios turnos entre los participantes, sin embargo, no se deben confundir estas partes, ya que en los pares adyacentes se habla de turnos específicos donde los interlocutores se despiden, mientras que en el otro bloque se explica cómo funciona la parte final de una conversación.

(13) a) 4.1

011 M: ¿Qué realiza ahí? }  
 012 P: La limpieza } **par**  
 013 M: ¿Ya acudió a su }  
 014 P: No } **par** clínica?

b) 3.3

036 M: ¡Le gruñen las tripas! ¿Le ha pasado alguna vez que } **pregunta**  
 tiene ganas de evacuar y no puede? }  
 037 P: ¿Cómo? } **inserción**  
 038 M: ¿Quiere ir al baño, tiene los deseos, muchas }  
 ganas, llega y no puede hacerlo? } **respuesta**  
 039 P: Ajá.

c) 2.2

211 P: ¿Cuánto es doctora? } **Respuesta**  
 212 M: Permítame, le doy su receta. } **despreferida**  
 213 P: Póngale su aspirina a las rosas }

El cuadro 19 expresa cómo ocurre el par adyacente pregunta-respuesta:

**Cuadro 19. Pares de pregunta-respuesta**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de par P-R</i>	<i>P- M</i>	<i>P-P</i>	<i>P-A</i>	<i>Inserción</i>	<i>R. despref.</i>	<i>Quién inicia</i>
1.1	27	22	3	2	NO	—	Médico
1.2	35	34	0	1	NO	—	Médico
3.1	21	19	2	—	NO	P (1)	Paciente
3.2	41	38	2	1	P (2)	—	Médico
3.3	63	61	2	—	P (1)	—	Médico
<i>Consulta pública</i>	<i>Número de par P-R</i>	<i>P- M</i>	<i>P-P</i>	<i>P-A</i>	<i>Inserción</i>	<i>R. despref.</i>	<i>Quién inicia</i>
2.1	23	22	0	1	NO	—	Médico
2.2	32	28	1	3	NO	M (1)	Médico
2.3	22	22	0	—	NO	P (2)	Médico
4.1	20	19	1	—	NO	—	Médico
4.2	15	12	3	—	NO	—	Médico

En el cuadro 19 se puede notar que el médico es quien realiza más preguntas, básicamente es el paciente quien responde, pero como vimos en la sección de los lugares apropiados para la transición (LAT) los acompañantes se autoseleccionan para responder este

tipo de preguntas y al mismo tiempo tienen una participación similar al paciente en los pares adyacentes de pregunta-respuesta.

De nuevo, las secuencias inserción sólo están presentes en las consultas privadas. Las repuestas despreferidas son pocas y son más comunes en los pacientes. En este tipo de par adyacente es más frecuente que el médico sea quien inicie con la pregunta y sea el paciente quien responda, pues de las diez consultas, sólo en una de ellas el paciente inicia con el primer par de pregunta-respuesta.

## 2.2 Estructura de la conversación

Como se dijo en el primer capítulo de este trabajo, la conversación es una actividad en la que los participantes tienen que estar de acuerdo para iniciarla, para mantener su desarrollo y asimismo, para darle un fin. La estructura general de la conversación espontánea, según Amparo Tusón es:

1. *El bloque inicial o apertura.*
2. *El bloque central o cuerpo de la interacción.*
3. *El bloque final o cierre.*

Si bien la estructura de la conversación entre médico y paciente responde a la estructura planteada por Tusón, en el presente análisis se puede apreciar algunos otros componentes que se presentan enseguida.

### 2.2.1 Apertura

La apertura corresponde al primer intercambio comunicativo, en el que, como se explicó, ambos interlocutores están de acuerdo. El inicio de la conversación se puede dar a través de formas directas, en las que no hay ningún tipo de inferencia. Los interlocutores suelen realizar expresiones como saludos, preguntas o exclamaciones. En el caso de la consulta médica es común que el acto de la conversación se lleve a cabo de una forma prototípica.<sup>15</sup> Por tanto, es

---

<sup>15</sup> La consulta médica es un acto que pertenece al saber general dentro de una sociedad o a un *marco de conocimiento*. Este marco se compone de distintos elementos como: el *ámbito* en el cual los interlocutores están en un consultorio o un hospital; el *escenario*, que está compuesto por un cuarto cerrado, un escritorio, una mesa de exploración, gabinetes y otros. Asimismo, la consulta tiene un *guión* en el que se entra al consultorio, se saluda al médico, se hace un interrogatorio, una exploración, se da un diagnóstico y un tratamiento, para finalizar con una despedida y,

común que se inicie con un saludo o una oración introductoria. El primer rasgo estructural que destaca en las consultas analizadas es que hay tres tipos de aperturas diferentes:

(14) a) Con una oración imperativa

3.1

001 M: Adelante, señora, por favor.

1.4

001 M: Pase usted. [Sí

b) Con una pregunta sobre la situación del paciente

2.3

001 M: Adelante, adelante. ¿Cómo está todo?

1.1

001 M: A ver, entonces, vamos a ver. ¿Dolor, ya no hay?

c) Enunciando el nombre del paciente en forma interrogativa (ocurre sólo en el ámbito público y por lo regular, le sucede una forma imperativa)

2.1

001 M: Pedro Sánchez Camacho. Pedro Sánchez. Pase, por favor. ¿Es Pedro?

4.1

001 M: ¿Carmen Vallejo?

El cuadro 20 muestra la forma en que aparecen estas tres formas en las diez consultas analizadas:

**Cuadro 20. Aperturas**

<i>Tipo de apertura</i>	<i>Número de veces que sucede</i>	<i>Número de consulta</i>		<i>Quién inicia la apertura</i>
		<i>privada</i>	<i>pública</i>	
a) Oración imperativa	5	1.2 3.1 3.3	2.2 2.3	M (5)
b) Pregunta sobre la situación del paciente	3	1.1 3.2	4.2	M (3)

finalmente, el *esquema* que representa la consulta médica es de inquietud, preocupación, nerviosismo, impaciencia, etcétera.

c) Enunciación del nombre del paciente	2		2.1 4.1	M (2)
--	---	--	------------	-------

El cuadro expresa que el tipo de apertura que más sucede es la oración imperativa, luego la pregunta sobre el estado del paciente y por último la enunciación del nombre del paciente en forma interrogativa. Las primeras dos aperturas, son más frecuentes en las consultas privadas; mientras que las consultas públicas ocurren el mismo número de veces en el primero y el tercer tipo de apertura y sólo una vez en el segundo tipo. La apertura es iniciada por el médico en todas las consultas revisadas.

Respecto a las respuestas que los pacientes dan a estas aperturas, no hay un patrón tan claro. A la apertura con una oración imperativa (a) los pacientes responden de dos formas distintas en las cinco ocasiones en que ésta ocurre. En dos casos, el paciente responde concordando con lo que el médico expresa, por ejemplo:

(15) 2.2

001 M: Vamos a ver sus estudios. Un momentito.

002 P1: Sí. Hoy no los fotocopíé [porque

Por el contrario, en tres ocasiones, el paciente manifiesta su respuesta a partir de un enunciado que invita al médico a un cambio de tema inmediato, como en:

(16) 3.3

001 M: Adelante, por favor.

002 P: Mire pues hasta ahora vine. Me confió en  
sábado 16

Para las respuestas con una pregunta sobre el estado del paciente (b), los destinatarios de la pregunta responden con expresiones que afirman un estado enfermo o doliente. En las tres ocasiones que se hace este cuestionamiento, los pacientes contestan de manera similar. De las tres ocasiones, dos de ellas son respondidas con una palabra y una vez el paciente responde con una oración, como ejemplo:

(17) 3.2

001 M: ¿Cómo está?

002 P1: Regular

En las contestaciones para la forma de (c): nombre del paciente en forma interrogativa, la respuesta es con una afirmación en las dos oportunidades:

(18) 4.1

001 M: ¿Carmen Vallejo?

002 P: Sí

A continuación se presenta una tabla con las consultas y sus tipos de respuesta:

**Cuadro 21. Respuestas a aperturas**

a)

<i>Consultas</i>		<i>Tipo de respuesta</i>
<i>privada</i>	<i>pública</i>	
1.2	2.2	Concuerda con la expresión del Médico
3.1/3.3	2.3	Invita a otro tema

b)

<i>Consultas</i>		<i>Tipo de respuesta</i>
<i>privada</i>	<i>pública</i>	
3.2/	4.2	Con una sola palabra
1.1		Con una oración

c)

<i>Consultas</i>		<i>Tipo de respuesta</i>
<i>pública</i>		
2.1/ 4.1		Afirmación

### 2.2.2 Cuerpo de la interacción

En el cuerpo de la conversación se deben dar indicaciones entre los participantes para llevar a cabo los cambios de tema, el tono, los propósitos y las finalidades. Estos cambios pueden realizarse, al igual que en la apertura, de forma directa o la mayoría de las veces con *convenciones contextualizadores*.<sup>16</sup> En las consultas médicas analizadas, los cambios en el tema y el tono se realizan de forma manifiesta, estos cambios son visibles gracias a las preguntas y enunciados hechos por ambos interlocutores. Por otro lado, los propósitos y las finalidades de este tipo de conversación son concretados desde antes de comenzar la consulta, ya que el *marco de conocimiento*

<sup>16</sup> Estos son utilizados para indicar al interlocutor que se comprende lo que se está diciendo. Pueden ser “pistas” que indican cambios en el tema. El término es usado por Gumperz en “Contextualization and Understanding”.

nos indica que el paciente busca que el médico le dé un diagnóstico y la medicación correspondiente.

Un segundo rasgo en este análisis de estructura conversacional es que en las muestras se dan, principalmente, cuatro temas:

- 1) Interrogatorio médico.
- 2) Valoración médica.
- 3) Preguntas independientes al protocolo médico.
- 4) Tratamiento.

Estos cambios no siempre suceden de forma ordenada. De hecho, cada consulta parece llevar un ritmo diferente. A continuación se presenta el modo en que se combinan los contenidos en cada una de las consultas. Después se presentará cómo se efectúan, en general, los distintos temas.

**Cuadro 22. Contenido de las consultas**

<i>Consulta privada</i>	<i>Forma</i>
1.1	I. Valoración médica (2) II. Tratamiento (4) III. Interrogatorio médico (1) IV. Tratamiento (4) Sin preguntas independientes al protocolo médico (3)
1.2	I. Interrogatorio médico (1) II. Preguntas independientes al protocolo médico (3) III. Tratamiento (4) Sin Valoración médica (2)
3.1	I. Preguntas independientes al protocolo médico (3) II. Interrogatorio médico (1) III. Valoración médica (2) IV. Interrogatorio médico (Revisión física) (1) V. Tratamiento (4)
3.2	I. Interrogatorio médico (1) II. Preguntas independientes al protocolo médico (3) III. Interrogatorio médico (1) IV. Preguntas independientes al protocolo médico (3) V. Interrogatorio médico (Revisión física) (1) VI. Tratamiento (4) Sin valoración médica
3.3	I. Interrogatorio médico (1) II. Valoración médica (2) III. Interrogatorio médico (1)

	IV. Preguntas independientes del protocolo médico (3) V. Interrogatorio médico (Revisión física) (1) VI. Tratamiento (4)
<i>Consulta pública</i>	<i>Forma</i>
2.1	I. Interrogatorio médico (1) II. Tratamiento (4) Sin valoración médica Sin preguntas independientes al protocolo médico
2.2	I. Interrogatorio médico (1) II. Valoración médica (2) III. Interrogatorio médico (Revisión física) (1) IV. Valoración médica (2) V. Tratamiento (4) VI. Preguntas independientes al protocolo médico (3) VII. Tratamiento (4)
2.3	I. Interrogatorio médico (1) II. Tratamiento (4) III. Preguntas independientes al protocolo médico (3) Sin valoración médica (2)
4.1	I. Interrogatorio médico (1) II. Preguntas independientes al protocolo médico (3) III. Interrogatorio médico (Revisión física) (1) IV. Valoración médica (2) V. Tratamiento (4)
4.2	I. Interrogatorio médico (1) II. Tratamiento (4) III. Interrogatorio médico (1) IV. Tratamiento (4) Sin valoración médica (2) Sin preguntas independientes al protocolo médico (3)

En los temas localizados, se puede notar que en las consultas de sector salud privado ocurre la siguiente secuencia:

**Cuadro 23. Secuencia de contenido en la consulta privada**

<i>Secuencia</i>	<i>Número de veces</i>
Inicia con interrogatorio médico (1)	3
Sin Valoración médica (2)	2
Sin Preguntas independientes al protocolo médico (3)	1
Finaliza con tratamiento (4)	4

Revisión física	3
Repetición de interrogatorio médico	3

Respecto a la secuenciación de temas en el sector salud público, sucede de la forma siguiente:

**Cuadro 24. Secuencia de contenido en la consulta pública**

<i>Secuencia</i>	<i>Número de veces</i>
Inicia con interrogatorio médico (1)	5
Sin Valoración médica (2)	3
Sin preguntas independientes al protocolo médico (3)	2
Finaliza con tratamiento (4)	4
Repetición de interrogatorio médico	3
Revisión física	2

En general, en las consultas privadas es menos recurrente que se inicie la conversación con el interrogatorio. La mayoría de estas consultas tiene una valoración médica y también hay una revisión médica, aunque esto sucede sólo en las consultas que pertenecen al médico internista. Por último, es más común que sí haya preguntas independientes al tema clínico en estas consultas.

Por otra parte, están las consultas públicas, en las cuales sí se inicia siempre con el interrogatorio médico. También están presentes las preguntas independientes al protocolo médico. Es frecuente que las consultas públicas finalicen con el tratamiento, pero en muy pocos hay una valoración médica. En éstas hay un menor número de consultas con revisión física.

#### I. Interrogatorio sobre el estado del paciente, a veces se acompaña de una revisión física

El interrogatorio se presenta en dos partes: la fase introductoria y el cuerpo del interrogatorio.

## División del interrogatorio médico

I) Fase introductoria: Indica que el médico comenzará a cuestionar al paciente. Abarca pocos turnos.

II) Conformación del interrogatorio: Las preguntas se hacen de manera directa hacia el paciente. Implica un número extenso de turnos.

- I) Fase introductoria. La parte introductoria del interrogatorio suele ser de extensión pequeña, por lo regular abarca de dos a seis turnos, aproximadamente. Es común que se inicie con la oración interrogativa: “¿cómo está? / ¿cómo ha estado?” o con alguna pregunta general sobre el estado del paciente. En el siguiente ejemplo se puede ver que se inicia con la fórmula (pronombre interrogativo + verbo estar conjugado y compuesto):

(19) 2.3

002 P: La andaba buscando por allá

003 M: Allá en las torres

004 P: Ya después le hablo a mi mamá y le digo: “oye la doctora dónde está” y me dijo: “no es que está ahí por la escuela, enfrente a la escuela que te dije”. “¿cuántas escuelas no hay?” le digo

005 M: ¿Cómo has estado?

006 P1: Pues bien y mal

El cuadro 25 muestra el número de consultas que presentan la fórmula interrogativa mencionada y también cuántas manifiestan otro tipo de expresión:

**Cuadro 25. Forma interrogativa inicial**

	<i>Núm. De veces</i>	<i>C. privada</i>	<i>C. pública</i>
<i>Fórmula interrogativa (cómo + estar)</i>	5	3.1 3.2	2.1 2.3 4.1
		<i>(Tiempo simple)</i>	<i>(Tiempo compuesto)</i>
<i>Otro tipo de enunciado</i>	5	1.1 1.2 3.3	2.2 4.2

	<p>De las 5 consultas, en 4 se usa una pregunta que expresa un cuestionamiento integral sobre el estado del paciente y sólo en una se hace una oración interrogativa sobre la edad del paciente</p>
--	---

Según los datos del cuadro 25, es frecuente que se usen los dos tipos de fórmulas pues cinco pertenecen a la fórmula interrogativa (cómo + estar) y las otras cinco a otro tipo de enunciado. Es más frecuente que en las consultas privadas se utilice otro tipo de enunciado y en la consulta pública es más común la fórmula interrogativa.

En algunas ocasiones, la pregunta introductoria al interrogatorio se retrasa un poco al inicio, sobre todo por la observación de otros asuntos, los cuales son hechos por los pacientes. Este tipo de demoras suceden, sobre todo, en las consultas de sector salud privado. Como en el ejemplo (20), donde el acompañante del paciente hace una explicación del por qué están ahí y a partir del turno 019, se hace la pregunta introductoria:

(20) 1.2

019M: [siático. A ver. Ahorita vamos a ver. A ver que doña Virginia nos platique un poquito. A ver doña Virginia, platíqueme ¿cuántos años tiene usted?

020 P: Este, ochenta y... [siete

II) Cuerpo del interrogatorio. Después de la pregunta general sobre el estado del paciente, se pasa al cuerpo del interrogatorio. El médico es el encargado de realizar las preguntas sobre las dolencias del paciente. Las respuestas a todas estas preguntas, son contestadas por el paciente, o bien, por algún acompañante del mismo. El médico hace toda una serie de preguntas para determinar un diagnóstico o para saber por qué el paciente ha recaído. Este segmento es uno de los más extensos a lo largo de la consulta. En (21) se puede ver cómo la consulta se va construyendo a partir de varias preguntas:

(21) 3.2

009 M: ¿Le falta aire cuando hace algún esfuerzo?

010 P: Sí, sí.

011 M: ¿En qué tramo de caminar siente que ya se cansa?

012 P: En poco tramo, en 100 metros ya siento que me canso.

013 M: En cien metros ya siento que está cansado. ¿Se tiene que detener? ¿Cuántos años ya tiene, don Ernesto?

014 P: Cincuenta y ocho.

015 M: Cincuenta y ocho. Este problema, ¿ya cuánto tiempo tiene que lo sufre, aproximadamente?

016 P: Pues...

017 M: ¿Ya tenemos unos tres años o más? ¿O son más años?

Como se puede ver en el cuadro 26, todas las consultas tienen un número considerable de turnos pertenecientes al interrogatorio:

**Cuadro 26. Turnos del interrogatorio**

		<i>Total de turnos</i>
<i>Médico privado</i>	1.1: Del turno 003-015 y nuevamente del 046-084	50
	1.2: Del turno 019-038, del 048-078 y del 082-089	56
	3.1: Del turno 103-195	92
	3.2: Del turno 007-090 y 096-119	106
	3.3: Del turno 003-088, del 095-106 y del 121-197	172
		<i>476</i>
<i>Médico público</i>	2.1: Del turno 005-033 y nuevamente del 036-63	55
	2.2: Del turno 003-011, del 090-131 y del 143-158	64
	2.3: Del turno 007-033	26
	4.1: Del turno 005-018 y 039-043	17
	4.2: Del turno 003-014, del 016-043	38
		<i>200</i>

Los turnos para el interrogatorio son más extensos en el sector salud privado que en el público. En cada consulta se puede notar que en el sector salud privado, el interrogatorio abarca más de cincuenta turnos. En el sector público sólo dos de ellas tienen más de cincuenta y tres tienen menos de cuarenta. Además, el total de turnos de cada una de las tablas muestra que los turnos en la consulta privada son más del doble que en la pública.

Para poder notar el total de turnos que esta parte ocupa en la consulta, se realizó el porcentaje del número de turnos en el interrogatorio respecto al número total de turnos. El cuadro 27 muestra la proporción en cada una de las consultas:

**Cuadro 27. Porcentaje de turnos del interrogatorio**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número de consulta</i>	<i>Número total de turnos</i>	<i>Número total de turnos en el interrogatorio</i>	<i>Porcentaje del interrogatorio</i>
	1.1	153	50	32.67%
	1.2	145	56	38.62%
	3.1	235	92	39.14%
	3.2	138	106	76.81%
	3.3	239	172	71.96%
	<i>Total</i>	<i>910</i>	<i>476</i>	<i>52%</i>
<i>Consulta pública</i>	2.1	62	55	88.70%
	2.2	218	64	29.35%
	2.3	61	26	42.62%
	4.1	82	17	20.73%
	4.2	84	38	45.23%
	<i>Total</i>	<i>507</i>	<i>200</i>	<i>39%</i>

Como puede verse, el cuerpo del interrogatorio ocupa más del 30% del total de turnos en la mayoría de las conversaciones analizadas. En las consultas del sector salud privado hay consultas con porcentajes más altos, sobre todo en las pertenecientes al Médico 3. Al hacer el porcentaje total de todas las consultas, en las privadas, el interrogatorio abarca 52%; mientras que en las públicas sólo abarca 39%. Así que con los médicos privados es común que esta parte dure un poco más que con los médicos públicos. Hay que recordar que en el sector salud privado las consultas son más extensas y esto influye en el número de turnos en cada tema.

En muchas ocasiones, este interrogatorio abarca distintos temas, no sólo dolencias físicas, por ello, se alarga aún más este segmento. El médico hace una exploración vasta para determinar una valoración final o bien para saber qué recetar al paciente, como en el siguiente fragmento:

(22) 4.2

026 M: ¿Cuál medicamento?

027 P: No sé cuál sea

028 M: Es que tiene que observar cual de esos. Tómelo por separado

030 P: Me siento así como atarantada

031 M: Quizás puede ser la tadapentina, este mire este, ése ya no se lo voy a dar para ver si con ese sí

032 P: Hasta un día me caí de la cama llegue con muchos mareos

033 M: Es la tadapentina

En el siguiente esquema se presentan algunos de los puntos que se despliegan durante el interrogatorio:



Los siguientes fragmentos (23) muestran ejemplos de preguntas relacionadas con el interrogatorio:

(23) 2.2

088 M: Más bien es la falta del medicamento.

089 P2: Yo la vigilo.

090 M: Más bien es la falta del medicamento. Su hemoglobina está muy bien. No hay anemia y en el examen de orina también estamos bien, ujm. [...] Y la otra cosa, *¿cómo estamos de ánimo?*

Aspectos emocionales

1.4

048 M: Usted, *¿cuántos hijos tuvo doña Virginia?*

049 P: Tuve ocho pero una nació, haga de cuenta, muerta.

050 M: Ujm.

Hijos

3.3

019 M: Ok, *¿usted fue fumador?*

020 P: Sí, sí, veinticinco años.

021 M: Fue fumador y *¿era un gran fumador?*

Fumar/beber

022 P: A veces una caja diario.

2.1

052 M: *¿Cuántas veces a la semana come fruta?*

053 A: Dos o tres veces doctora no hay otra cosa que día (No se entiende)

054 M: Sí. Tortilla *¿cuántas está comiendo al día?*

056 A: Como tres o cuatro doctora.

} Alimentación

Las respuestas a estas preguntas por parte del paciente son muy diversas, sin embargo se caracterizan por ser cortas. Los tipos de respuestas se pueden dividir de la siguiente manera:

I. Negaciones/ afirmaciones

II. Repetición de palabras

III. Otro tipo de respuesta

I. Las negaciones o afirmaciones, algunas veces, están acompañadas de una marca de tratamiento:

(24) 3.3

044 M: ¿Todavía toma de todas las medicinas?

045 P: Sí

3.1

137 M: Bueno. ¿Se le adormecen las manos?

138 P: No, doctor.

II. En las respuestas también se suele repetir lo que el médico acaba de decir y se le agrega una afirmación o negación:

(25) 4.2

054 M: Sí, nada más una. ¿Para el dolor qué estamos tomando?

055 P: No se me quita el dolor

III. En otro tipo de respuestas hay diversidad, pero eso dependerá del tipo de pregunta que se haga, como ejemplo:

(26) 1.1

023 M: ¿Tú no tienes derecho a ninguna institución?

024 P: Al ISSSTE.

Por otra parte, se encuentran los temas a los que dan pauta los pacientes durante el cuerpo del interrogatorio. Estos temas suelen corresponder a los intereses del paciente sobre el mismo interrogatorio. Como en el siguiente fragmento, el paciente responde al cuestionamiento del médico, pero al mismo tiempo informa sobre otras dolencias; o bien da información extra para ayudar al médico a seguir el interrogatorio:

(27) 3.3

023 P: No, es que a veces estoy bien y a veces me da diarrea

024 M: ¿Le da diarrea?

025 P: Bueno no diarrea, me dan muchas ganas de hacer del baño, a veces estoy estreñida y a veces no

026 M: ¿Se siente inflamada del estómago?

027 P: Ay veces que sí

028 M: Cuando se estriñe, ¿cuántos días dura estreñida?

029 P: No hago fuerza, pero sí, yo no soy estreñida. Últimamente estoy así.

Frente a los temas que abarca el médico durante este período de la consulta, los temas de los pacientes son menores, y por lo regular, se guían a partir de las preguntas del médico. Algunas de las inquietudes de los pacientes son

Temas que trata el paciente durante el cuerpo del interrogatorio

- Aporta nuevas dolencias.
- Da información extra sobre lo que pregunta el médico.
- Pregunta sobre la enfermedad, los medicamentos, los resultados de los estudios clínicos, entre otros.
- Pide algún medicamento o estudio extra.

## II. Valoración médica con base en el interrogatorio

La valoración médica es la conclusión a la que el médico llega después de todo el interrogatorio. En este punto, se debe hacer una aclaración ya que las consultas revisadas no son siempre para

realizar este tipo de conclusiones. También hay otras circunstancias en las cuales sólo se revisa al paciente como parte de una exploración rutinaria. La valoración médica, dentro de las consultas analizadas, se puede segmentar en tres distintas posibilidades:

**Cuadro 28. La valoración médica**

<i>Tipo de valoración</i>	<i>Consulta</i>	<i>Información extra del paciente</i>
a) Directa	1.1 2.2 3.3 4.1	—Artritis —No toma el medicamento —Gastritis/ reflujo —Depresión
b) Indirecta	1.2 3.2	—Tuvo dolor en la pierna y por eso fue —Recaída del paciente
c) Sin valoración	2.1 2.3 3.1 4.2	Seguimiento del tratamiento

En los siguientes ejemplos: (con cursivas se marca el diagnóstico) en el primero sí se puede leer una valoración directa por parte del médico, aunque trata de atenuarla ya que la enfermedad es grave:

(28) a) 1.1

015 M: Yo te quería descartar un lupus, porque te decía que tú eres una muchachita muy jovencita [...]. *Entonces es una artritis reumatoide. Y te vamos a manejar con una artritis reumatoide.*

En el segundo ejemplo, el médico pide al paciente en diversas ocasiones que necesita los estudios para dar un veredicto final.

b) 3.2

058 M: [...] Yo creo que si fue un gran fumador, *nos conviene contemplar la conveniencia de una espirometría. ¿Ya se la hizo?*

[...]

131 M: [...] Necesitamos que mejore. Puedo entenderlo perfectamente que usted tenga sus compromisos, *pero necesita realizar sus estudios. Le voy a pedir que haga un estudio del tórax.*

En (28 c), se nota que la médica da una valoración aunque no definitiva, la hace un tanto disimulada.

c) 4.1

039 M: [...] Mire hacia arriba, abra sus ojitos, bueno entonces son normales. *Usted está sana lo que pasa es que está con una depresión, por tener problemas con su esposo, problemas económicos pero está sanita, respire, saque el aire, respire.*

Esto podría darnos una idea sobre cómo se trata este tema, pues cuando hay una valoración final, el médico trata de no ser tan directo o aminorar la importancia de la enfermedad cuando ésta es grave. Cuando el médico conoce al paciente sólo le da el tratamiento sin tener que explicar qué pasa.

Durante la valoración médica también es importante la participación del paciente, pues en esta parte de la consulta éste tiene reacciones ante lo que concluye el médico. En los siguientes ejemplos el paciente pregunta o hace comentarios sobre la valoración médica:

(29) 1.1

015 M: [...] Entonces es una artritis reumatoide. Y te vamos a manejar con una artritis reumatoide.

016 P: *A ver doctora. Yo tengo esa artritis reumatoide, ¿es la degenerativa?*

017 M: No, pérame. La, la artritis reumatoide es una enfermedad de, que inflama [las articulaciones=

018 P: [Mhm.

3.3

125 M: [...] El asunto de la próstata, pues, valdría la pena, le podría dejar hoy mismo un medicamento que le ayude a orinar con menos dificultad, pero valdría la pena que se haga su estudio. A usted le conviene hacerse un ultrasonido para saber de qué tamaño está y si nos hace falta pues pedir luego, luego que lo valoren

En el cuadro 29 se muestran los tipos de participaciones que hacen los pacientes después de la valoración médica:

**Cuadro 29. Respuestas a la valoración médica**

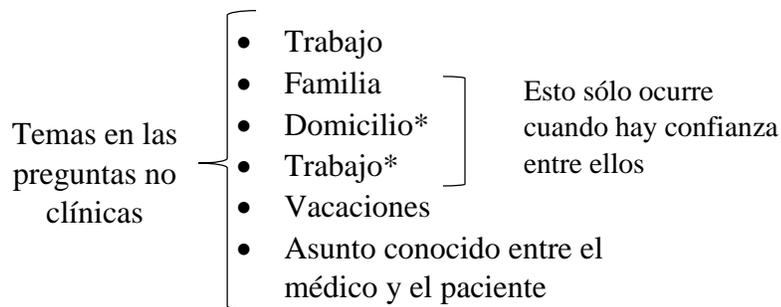
<i>Tipo</i>	<i>Consultas</i>	
	<i>privada</i>	<i>pública</i>
Dudas sobre la valoración	3.2 1.1	
Comentario sobre otras dolencias	3.2	4.1
Comentario sobre medicamento	3.3	
Preocupación sobre la valoración	3.3/ 1.1/	
El acompañante participa		2.2
Intervención afirmativa	1.2	

### III. Preguntas/contenidos independientes al protocolo médico

En algunas partes del interrogatorio se cambia de tema repentinamente o se comienzan a hacer preguntas al paciente, las cuales salen del esquema clínico. Estas preguntas son, regularmente, sobre la familia o sobre el trabajo. La mayoría de estas preguntas no suceden en un solo momento, pueden aparecer a lo largo de una misma consulta, los turnos pertenecientes a este tema son pocos, pero ocurren en la mayoría de las consultas. Este tipo de cuestionamientos son utilizados por los médicos como una estrategia conversacional. Al igual que con las preguntas en el interrogatorio, hay distintos temas<sup>17</sup> en los que los médicos se centran al salir de su protocolo, por ejemplo:

---

<sup>17</sup> Los temas con asterisco también están presentes en los temas que se presentan en el interrogatorio, sin embargo no son ocupados por los interlocutores de la misma forma. En el interrogatorio se utiliza para saber si las actividades que se realizan o el lugar donde se vive afectan en algo la salud del paciente. En las preguntas fuera del protocolo, el médico pregunta sólo como un tipo de estrategia conversacional.



Estos contenidos o preguntas ocurren en diferentes momentos. En las consultas examinadas, se encontraron diversas circunstancias en las cuales se introducen este tipo de temas:

A) Después de muchas preguntas clínicas (estrategia conversacional):

En el ejemplo (30), el médico hace este tipo de preguntas después del turno 088

(30) 3.3

087 M: ¿Municipio de dónde?

088 P: De Guerrero

089 M: Municipio de guerrero, ah, *pero no esta tan lejos entonces*

090 P: Como una hora, está hacia dentro

091 M: *¿Hay camiones para allá?*

092 P: Sí

093 M: Bueno, entonces sí está lejos. Una hora para allá sí está lejos

B) Durante la revisión física (distráer al paciente):

(31) 3.2

080 M: Bueno, a ver, hágame el favor de pasar a la silla para revisarlo.

Si gusta pasar señora, acompañenos. Hágame el favor de quitarse su chaleco, don Ernesto. *Usted es del rumbo de Villa Guerrero, ¿verdad?*

081 P1: Sí, del interior del Pueblo de Guerrero.

082 M: *¿Es usted nativo de esa población?* Desabróchese su camisa, bueno quítese su camisa. También, por favor, si gusta señora, puede dejar su chaleco acá, si prefiere.

C) Cuando la consulta se torna intranquila o incómoda (reducir el estrés) como en el siguiente ejemplo:

(32) 4.1

047 M: ¿Pero no puede moverse?, ¿No puede caminar?

048 P: Ya no estaba bien

049 M: Entonces todo eso explíqueme a la trabajadora social para que puedan buscar un apoyo, para visita a domicilio

050 P: Mju

051 M: *¿Y ahorita cuántos meses de embarazo tiene su hija?*

052 P: Ya va para 6 meses

053 M: 6 meses y *¿tiene más hijos usted?*

D) Cuando el médico se adentra en aspectos sociales (se crea una confusión y el paciente extiende el tema y se convierte a no clínico):

(33) 2.2

131 M: [...] *¿Los ejercicios los sigue haciendo sigue yendo a su grupo?*

132 P: Sí, no, pero hago mis ejercicios en la casa

133 M: Los miércoles está yendo

134 P: Ah sí

135 A: *Ahora ya les dan música a veces nos toca el violín*

136 M: Muy bien *¿qué está aprendiendo a tocar?*

137 P: Ahorita me están enseñando canto

138 M: Muy bien. Aparte de sus ejercicios ¿o ya nada más canto?

E) El paciente es quien introduce el tema:

(34) 3.1

026 P: Eso, le voy a explicar por qué.

027 M: Sí.

028 P: Porque, *¿ve este golpe que traigo en la cara?* No fue gratis

029 M: Ah, *¿cómo fue?*

030 P: Mire. Le voy a explicar. Yo tengo levantado un acta en Metepec.

031 M: Sí.

A continuación se presenta las consultas en las que suceden tales situaciones, en ocasiones pueden ocurrir dos tipos de circunstancias diferentes en una misma consulta como en 3.3:

**Cuadro 30. Introducción a temas fuera del protocolo médico**

<i>Tipo de circunstancia</i>	<i>Consultas</i>	
	<i>privada</i>	<i>pública</i>
A) Después de muchas preguntas clínicas	1.2 3.3	
B) Durante la revisión física	3.2 3.3	
C) Cuando la consulta resulta incómoda		4.1
D) Cuando M se adentra en aspectos sociales		2.2 2.3
E) P introduce el tema	3.1	

Es interesante notar que los dos primeros puntos suceden sólo en consultas de sector salud privado mientras que los puntos C y D ocurren con consultas de sector salud público. Así que en el sector salud privado, el médico sí trata de introducir el tema, mientras que en el sector salud público, el tema se da para tranquilizar al paciente o porque este último es quien desea hablar de temas no clínicos.

Como se vio, hay pocas ocasiones en las que el paciente comienza a hablar sobre temas no clínicos, sin embargo, si el médico inicia este tipo de preguntas el paciente siempre parece estar de acuerdo en responder, y algunas veces extiende el tema. Por ejemplo en el siguiente fragmento:

(35) 3.3

107 M: Vaya, quédese sentada, le voy a tomar la presión y ¿cuántos de los hijos están todavía?

108 P: Nomás ella

109 M: Pues ya no hay quien la haga enojar

110 P: *Es que tengo una tienda en mi casa*

111 M: Ah vaya, entonces corre para la tienda y para su casa

Algunas de las formas en que responde el paciente ante estas preguntas independientes del protocolo médico son las siguientes:

**Cuadro 31. Respuestas a temas fuera del protocolo médico**

<i>Tipo de participaciones</i>	<i>Número de participaciones</i>	<i>Consultas</i>	
		<i>privada</i>	<i>pública</i>
Respuesta directa a la pregunta	18	1.2 (2) 3.2 (2) 3.3 (5)	2.2 (2) 2.3 (5) 4.1 (2)
Quejas sobre sus dolencias	1		4.1 (1)
Aporta información extra sobre lo que se le pregunta	35	3.1 (24) 3.3 (5)	2.2 (5) 2.3 (2)

El cuadro 31 muestra que la forma que prefieren los pacientes para responder a las preguntas independientes del protocolo médico es la forma directa, pues de las ocho consultas con este tema, las repuestas directas están en seis de ellas. La siguiente forma que prefieren los pacientes es dar información extra: los pacientes intentan hacer estos turnos más extensos. Por último, en la consulta 4.1 el paciente se ayuda de las preguntas del médico para explicar mejor sus dolencias.

Algo muy importante es que, a pesar de que es el médico quien por lo general da esta oportunidad, no tarda en retomar el tema clínico después de algunos turnos. De igual forma, si es el paciente quien continua con en este tipo de temas, el médico usa fórmulas para volver al tema clínico. En los siguientes ejemplos, se pueden notar algunas de las formas (cursivas) con las que el médico busca retomar el protocolo.

(36) Médico público:

a) 2.3

047 M: Ah ya ves

048 P1 Me tuve que empanturrar de protector porque me dijo que me cuidara del sol

050 M: Pero estuviste bien

051 P1: Sí todo bien, bastante bien

052 M: *Necesario perfil tiroideo*

Médico privado:

b) 3.3

117 M: Y usted cómo ve, ¿es mucho trabajo?

118 P: Es que a mi hija apenas la operaron, pues tengo que estar ahí

119 M: ¿Pero a usted le gusta ese trabajito?

120 P: Pues sí, pero no he ido a mi terapia me ponen mis aparatos por aquí

121 M: ¿En la espalda?

122 P: Sí

123 M: *A ver, muéstreme su lengua.*

El cuadro 32 muestra si el médico es quien se encarga de regresar al tema clínico en cada una de las consultas:

**Cuadro 32. Consultas donde M regresa al tema clínico**

<i>Consulta privada</i>	<i>M vuelve al tema clínico</i>	<i>Forma en la que lo hace</i>
1.1		No se encuentra este tema
1.2	Sí	Pregunta sobre la actividad física de P
3.1	Sí	Invita a P para la revisión física
3.2	Sí	Pregunta si el clima ha afectado su enfermedad
3.3	Sí	Le pide a P que le muestre la lengua
<i>Consulta pública</i>		
2.1		No se encuentra este tema
2.2	Sí	Pregunta por un medicamento
2.3	Sí	Pregunta por la edad de P
4.1	No	P introduce de nuevo el tema clínico
4.2		No se encuentra este tema

#### *4. Tratamiento y recomendaciones*

Este tema también ocupa un número importante de turnos. Éste sí se encuentra en todas las consultas. Aunque no haya un diagnóstico explícito, hay recomendaciones o indicaciones que el paciente debe seguir. Respecto a esto, en las consultas analizadas se pueden ver distintos tipos de recomendaciones:

- ❖ Medicamento
- ❖ Alimentos
- ❖ Actividades físicas
- ❖ Estudios de laboratorio
- ❖ Ver a otros especialistas o visitar otra clínica

Generalmente, las recomendaciones se presentan al final de los temas anteriores, pero también se pueden intercalar junto con las preguntas del malestar del paciente. En esta parte se explican los días y el tiempo que el paciente debe seguir las indicaciones. También se puede llegar a explicar cómo funciona algún medicamento. A continuación se presentan diferentes ejemplos sobre los turnos que pertenecen al tratamiento:

(37) a) 1.4

095 M: Entonces ya no puede hacer ejercicio pesado. Lo que sí quiero es que todos los días se salga a caminar un ratito. A la hora del sol, se salga si quiere una media hora a caminar un poquito a parque o algún lado para que sus huesos se vuelvan a calcificar para que el solecito nos ayude para que la vitamina, la vitamina D se produzca y esto permita que se absorba su calcio [...]

b) 2.1

034 M: La presión es de ciento cuarenta con sesenta. En la dieta es necesario restringir los alimentos que hagan favorecer la acumulación del potasio. Por ejemplo el plátano, el jitomate, lo que es la naranja y el durazno [...]

El número total de turnos pertenecientes a esta parte se muestran en el cuadro 33:

**Cuadro 33. Turnos del tratamiento**

<i>Número de consulta privada</i>	<i>Número total de turnos</i>	<i>Número total de turnos en el tratamiento</i>	<i>Porcentaje del interrogatorio</i>
1.1	153	70	45.75%
1.2	145	52	35.86%
3.1	235	14	5.95%

3.2	138	13	9.42%
3.3	239	28	11.71%
<i>Total</i>	<i>910</i>	<i>177</i>	<i>19.45%</i>
<i>Número de consulta pública</i>			
2.1	62	4	6.25%
2.2	218	34	15.59%
2.3	61	9	14.75%
4.1	82	24	29.26%
4.2	84	32	38.09%
<i>Total</i>	<i>507</i>	<i>103</i>	<i>20.31%</i>

El cuadro 33 refleja, en el porcentaje, que esta parte de la consulta es más extensa en las consultas de sector salud público, pues aunque el total de turnos en las consultas privadas es más grande que en las consultas públicas, estas últimas ocupan más turnos para hablar sobre el tratamiento.

En esta parte de la consulta es común que el paciente haga algunas preguntas. Éstas suelen ser sobre dudas que tienen acerca de las recomendaciones del médico, como en (38 a). El paciente también utiliza afirmaciones u oraciones que indican que entienden lo que el médico sugiere, como en (38 b):

(38) a) 1.1

095 P: Ujm. Y ¿cómo vamos a saber si está haciendo bien el medicamento o no?

096 M: Porque, porque tú dejas de tener, o sea, [¿Cómo sabemos que=

097 P: [¿Cómo sabemos?

b) 4.2

044 M: El metroteczate sólo va tomar cuatro tabletitas los días sábados. Cada semana sólo los días sábados

045 P: Ajam

046 M: Sólo una vez por semana, ¿sí?

047 P: Sí doctora

El siguiente cuadro refleja cómo se presentan las participaciones de los pacientes ante el tratamiento que ofrece el médico:

**Cuadro 34. Participaciones de P durante el tratamiento**

	<i>Consulta privada</i>	<i>Turnos del tratamiento</i>	<i>Dudas</i>	<i>Respuesta</i>	
				<i>Afirmación</i>	<i>Oración</i>
<i>Paciente</i>	1.1	24	1 0	7	7
	1.2	18	0	1 0	8
	3.1	7	0	0	7
	3.2	4	0	0	4
	3.1	12	5	0	7
	<i>Consulta pública</i>			<i>Respuesta</i>	
				<i>Afirmación</i>	<i>Oración</i>
	2.1	2	1 (A) <sup>18</sup>	1 (A)	
	2.2	21	3	7	11
	2.3	4	2	2	0
4.1	12	10	1	1	
4.2	19	7	4	8	

El cuadro 34 indica que en las consultas privadas es menos frecuentes que el paciente haga preguntas durante el tratamiento, lo que sí es más usual es que prefiera hacer sus colaboraciones con oraciones completas y no tanto con afirmaciones. Por otro lado, en las consultas de sector salud público están más equilibradas las formas de responder al médico. En estas consultas hay más dudas por parte del paciente, además, parece que las afirmaciones y las oraciones completas son utilizadas de forma más equitativa.

### 2.2.3 Cierre

Al igual que con la apertura y el desarrollo de la conversación, los participantes deben de estar de acuerdo para cerrarla. Ellos deben aceptar que todo lo que se quería decir ya se dijo. La despedida o el cierre de un diálogo se deben negociar. Es decir, uno de los participantes hará un movimiento que invite al cierre y el otro aceptará o negará la invitación, dependiendo de sus intenciones para esa conversación. La despedida puede constar de cuatro partes:

- 1) ofrecimiento del cierre
- 2) aceptación del ofrecimiento
- 3) despedida

<sup>18</sup> En esta consulta, el acompañante responde durante la mayoría de la consulta.

#### 4) despedida y cierre

En las conversaciones analizadas es más común que se reduzca a tres pasos:

- I) la invitación al cierre
- II) aceptación y despedida
- III) despedida y cierre finales

Por lo regular, es el médico quien hace la invitación al cierre. El paciente puede o no aceptar, ya que en algunas ocasiones quiere hablar más sobre sus malestares o tiene dudas sobre las indicaciones del médico. Aunque la mayoría de las veces el médico trata de volver a responder, sigue intentando hasta conseguir el cierre definitivo. A continuación se presenta un ejemplo de la forma en que sucede el cierre.

(39) 3.1

- |   |  |
|---|--|
| 232 P: Usted, me he estado tomando un día de esa<br>pastillita, de una día uno y otro día el otro.      | } I. Ofrecimiento<br>del cierre          |
| 233 M: Su medicina al corriente y a ver cómo sigue.<br>Me saluda a su mamá que es de las consentidas.   | } II y III.<br>Aceptación y<br>Despedida |
| 234 P: Gracias, que tenga un buen día, doctor. Que<br>Dios lo bendiga y lo cuide y cuídese mucho doctor |  |
| 235 M: Usted también  | } III y IV. Despedida<br>y cierre        |

En algunas ocasiones, el paciente no acepta inmediatamente la invitación al cierre y ésta se puede extender en varios turnos o bien puede suceder que el médico repita la invitación al cierre, como en (40):

(40)

- 141 M: Pues cuídate mucho. Me hablas cualquier cosa que se te ofrezca, y nos vemos en un mes.
- 142 P: En un mes, doctora.
- 143 M: Ujm.
- 144 P: Toco entonces, sí, pero después, ¿no?
- 145 M: Como quieras. Si quieres llamarle, llamar a la secretaria ahora o en un mes. [...] Entonces tenemos que ver que tu hígado funciona bien. Toma mucha agua y no hay dieta de ningún tipo.

146 P: OK. Gracias [doctora.

En el cuadro 35 se muestra cómo ocurren los cierres en las diez consultas revisadas.

**Cuadro 35. El cierre**

<i>Persona que hace la invitación</i>	<i>Consulta</i>	<i>Se acepta</i>	<i>No se acepta</i>	<i>Turnos extras</i>
<i>Médico</i>	1.1		X	10
	2.3		X	2
	3.1	X		
	3.2	X		
	3.3	X		
	4.1	X		
	4.2	X		
<i>Paciente</i>	2.2		X	8
<i>No hay despedida en la consulta</i>	1.2	—	—	—
	2.2			

Por otro lado, hay una fórmula que la mayoría de los médicos utilizan para hacer el ofrecimiento del cierre o el cierre definitivo. En el siguiente cuadro se explica la fórmula que los médicos prefieren para iniciar la negociación de la despedida. Ya que, de las diez consultas revisadas, cinco utilizan la siguiente forma: “Cúidese” o “Se cuida” seguido de otra frase de despedida. Sólo dos utilizan otro tipo de despedida, en una ocasión el paciente realiza la invitación al cierre y en dos más no hay cierre.<sup>19</sup>

**Cuadro 36. Fórmula de invitación al cierre**

<i>Tipo de invitación al cierre</i>	<i>Consulta</i>	
	<i>privada</i>	<i>pública</i>
“se cuida/ cúidese”	1.1 3.3	2.3 4.1 4.2
Otro tipo	3.1 3.2	
Ofrecimiento por parte del paciente		2.2
Sin cierre	1.2	2.1

Ejemplos de la fórmula:

<sup>19</sup> En estas consultas hay un corte en la grabación o en la transcripción.

(41) 3.3

242 M: Se cuida mucho, que le vaya bien, me llama si tiene dudas

243 P: Gracias doctor

244 M: Hasta luego

4.1

081 M: Sí su sellito, cuídese mucho

082 P: Gracias doctora.

083 M: Que esté muy bien.

Ejemplos con otro tipo de fórmula:

(42) 3.2

135 M: Nos vale la pena esperarnos. No se nos pierda de vista. Yo creo que vale la pena que lo veamos, cualquier duda que tenga, por favor, llámeme. Ojalá siga mejor. Nos vemos.

136 P: Gracias doctor.

Los pacientes también tienen una fórmula con la que aceptan la invitación al cierre. En este caso es una forma de cortesía, generalmente se utiliza “gracias + apelativo/oración/despedita”. El cuadro 37 expone la manera en que se da la aceptación del cierre:

**Cuadro 37. Fórmula de aceptación al cierre**

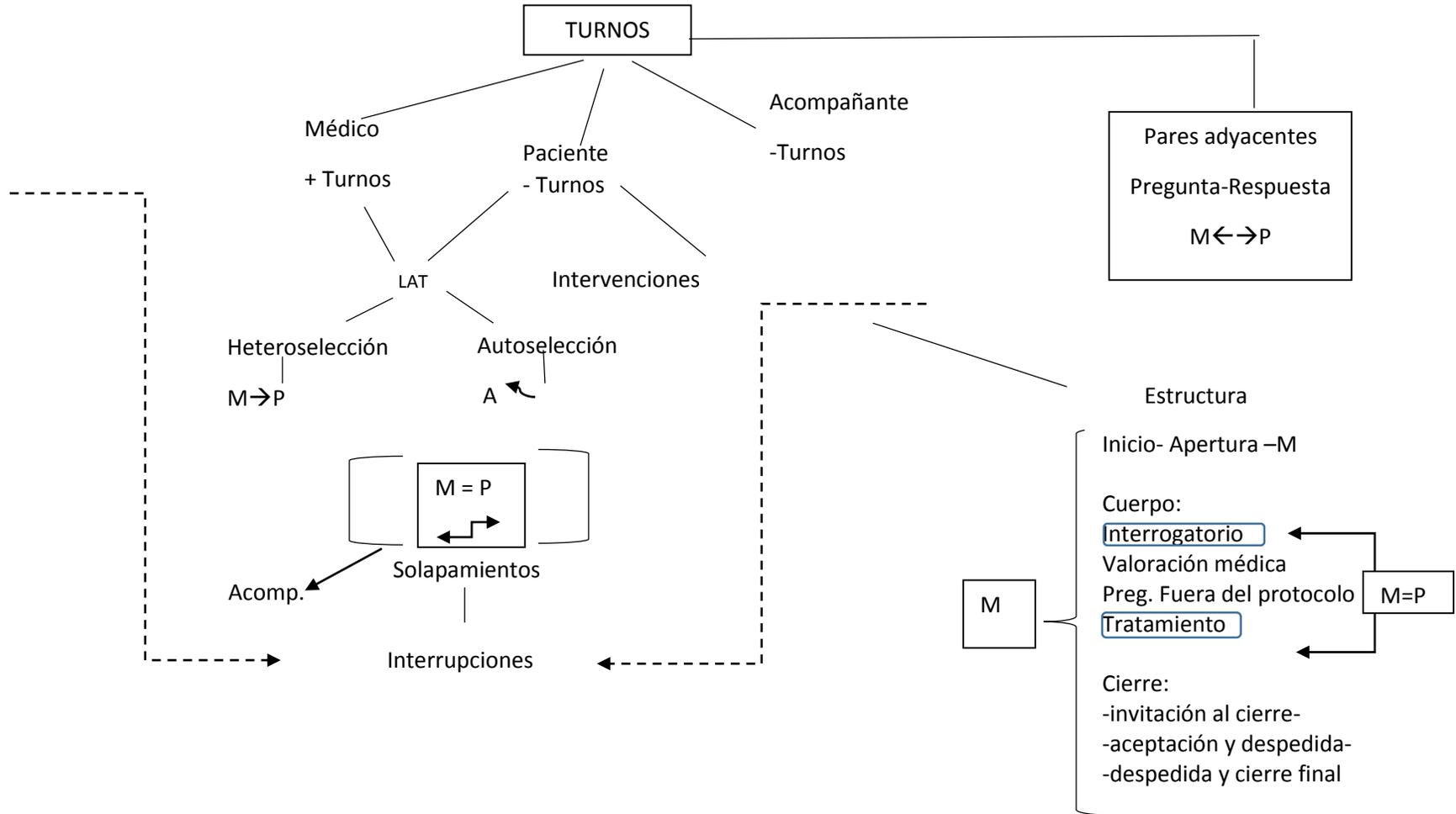
<i>Tipo de aceptación al cierre</i>	<i>Número de veces que sucede</i>	<i>Consulta</i>	
		<i>privada</i>	<i>pública</i>
Gracias + apelativo	4	1.1 3.2 3.3	4.1
Gracias + despedida	1		2.3
Gracias + otro tipo de oración	1	3.1	
Ofrecimiento por parte del paciente, (pero finaliza con un “gracias”)	1		2.2
Acepta con otra fórmula (pero se despide con un gracias)	1		4.2
Sin cierre	2	1.2	2.1

Como lo muestra el cuadro 37, esta fórmula de cortesía está presente en todas las consultas con un cierre. Aunque no todas utilizan el “gracias” para aceptar la invitación al cierre, sí lo usan para hacer la despedida.

Por último, es importante notar que en cada uno de los ejemplos anteriores, el médico es quien dice la última frase. Por más que se alargue el momento del cierre, es éste el que siempre lo hace. Así que los tres bloques de la estructura están a su cargo: él inicia con el saludo, él realiza las preguntas pertinentes para llevar la consulta al tema del diagnóstico y luego al del tratamiento, y finalmente, él es quien hace el cierre definitivo.

Ya que han sido revisados los elementos que conforman la estructura general de una conversación, es momento de analizar aquellos aspectos pragmáticos que se encuentran presentes en ésta. En la segunda parte de este capítulo se revisarán los resultados que se presentaron en los aspectos pragmáticos, los cuales se relacionan con la teoría del análisis de la conversació

Esquema 1. Análisis de rasgos conversacionales



## 2.3 Aspectos pragmáticos

### 2.3.1 Colaboración e intencionalidad

Como se vio al inicio de este trabajo, el Principio de Cooperación de Grice es importante para que la conversación se lleve de manera equilibrada, así como para que las participaciones de cada interlocutor puedan tener éxito en la comunicación del mensaje.

En las consultas médicas que se analizaron, se puede encontrar activo el Principio de cooperación de Grice. En una conversación se asume que el Principio se cumple y que los interlocutores se ajustan a la información que se necesita. De la misma forma, se admite que el uso de las Máximas conversacionales está presente, comúnmente, en una conversación, por ello, para este análisis es más representativo analizar las violaciones de estas Máximas dentro de las consultas médicas. El que se rompan estas Máximas no significa que haya errores o que la conversación esté mal, sino que a partir de su incumplimiento podremos revisar pragmáticamente la intención de los interlocutores y la interpretación de los diálogos.

### 2.3.2 Máxima de cantidad

Esta Máxima responde a la cantidad de información que se proporciona durante una conversación. Se conforma por estas cláusulas:

- a) que su contribución sea tan informativa como sea necesario, pero también
- b) que su contribución no resulte más informativa de lo necesario

En las consultas médicas de este trabajo se puede observar la transgresión de ambos preceptos. En algunas ocasiones, tanto médico como paciente suelen comunicar menos información respecto a su interlocutor (42 a). Por el contrario, también hay situaciones en las que las contribuciones de los participantes son más extensas (42 b)

(44) a) 2.1

005 M: ¿Cómo ha estado don Pedro?

006 P: Ps.

007 A: Que bien.

008 M: ¿Bien?

009 P:Ujm.

En el fragmento anterior, el médico trata de hacer que el paciente hable sobre la razón que lo trajo a la consulta, pero el paciente parece no cooperar, así que es el acompañante quien responde, aunque de igual manera no informa de forma detallada.

b) 3.1

143 M: A ver, no hable ahora. La tiene un poco alta. Necesitamos restablecer su medicina de la presión.

144 P: Sí, porque yo a propósito hoy, ahorita en la mañana no me la tomé.

En este ejemplo, el médico hace una recomendación mientras que la paciente da información extra sobre el medicamento. En el cuadro 38 se muestra cuántas veces se violan los dos preceptos de la Máxima de cantidad:

**Cuadro 38. Máxima de cantidad**

	<i>Consulta privada</i>	<i>Número de violaciones</i>	<i>Menos informativa</i>		<i>Más informativa</i>	
<i>Violación Máxima de cantidad</i>	1.1	18	5	M (2) P (3)	13	M (13)
	1.2	16	6	M(4) P(1) A(1)	10	M (10)
	3.1	33	10	M (10)	23	M (1) P (22)
	3.2	14	0	—	14	M (9) P (4) A (1)
	3.3	19	0	—	19	M (6) P (13)
	<i>Consulta pública</i>					
	2.1	5	1	P (1)	4	M (1) A (3)
	2.2	12	1	M (1)	11	M (8) P (1) A (2)
	2.3	3	1	M (1)	2	P (2)
	4.1	13	5	M (4) P (1)	8	M (8)
4.2	3	0	—	3	M (2) P (1)	

Como puede notarse en el conteo del cuadro 38, es más común que se transgreda la segunda pauta de la Máxima de cantidad. El médico es quien más la rompe dando más información de la necesaria, aunque en el sector salud privado puede verse que los pacientes suelen hacerlo también. Respecto a dar menos información de la necesaria, también son los médicos quienes más quiebran la cláusula respecto a los pacientes. El rompimiento de ésta tiene, en estas consultas, distintas razones, se encontraron las siguientes:

**Cuadro 39. Contribuciones en la violación de Máxima de cantidad**

<i>Contribución (+) informativa:</i>		
<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
Tiene que hablar más porque el paciente no coopera (1)	Expone sus dolencias aunque el médico no pregunte (2)	Da información extra sobre el paciente o responde en caso de que éste no coopere (3)
Habla más porque explica a detalle lo que el paciente tiene o bien detalla el tratamiento (5)	Se extiende cuando se habla de temas no clínicos (3)	
Extiende sus contribuciones pues el paciente se encuentra afligido por su diagnóstico (1)		
<i>Contribución (—) informativa:</i>		
<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
Trata de no extender tanto los temas y responde de manera limitada (2)	No coopera a las preguntas del médico (3)	—

Ya que es más recurrente el rompimiento de más información dada, ésta tiene más razones por la cual los interlocutores la violan que la trasgresión de menos información. Según los datos del cuadro 39, las contribuciones con más información tienen más razones por las cuales se trasgreden las Máximas.

En la violación de esta Máxima, el médico es quien tiene un número mayor de motivos, ya que él debe guiar la consulta; si el paciente no habla, él debe hacerlo por él; necesita hacer más extensos sus turnos para explicar algo al paciente, detenidamente o si el paciente se aflige, el médico trata de calmarlo. Por otro lado, el paciente también tiene razones para hacer sus participaciones más largas, sobre todo al hablar de sus dolencias o en temas no clínicos. El acompañante viola la Máxima de cantidad, pero estas participaciones siempre son sobre el paciente.

### 2.3.3 Máxima de cualidad

La Máxima de Cualidad está compuesta por una proposición general “Trate de que su contribución sea verdadera” al mismo tiempo, ésta se divide en dos:

- a) no diga lo que crea que es falso
- b) no diga aquello de lo que no tiene pruebas suficientes

Esta Máxima puede ser complicada de analizar, ya que los contextos de cada una de las consultas son poco conocidos. Sin embargo, Grice habla de las formas en que se pueden violar las Máximas; una de ellas es crear una situación conflictiva en la que el interlocutor tiene que decidir entre la transgresión de dos máximas, la más común es entre *cantidad vs cualidad*, pues el hablante desea cooperar, pero no sabe la información completa.

En las consultas revisadas para este trabajo, se encontró que este tipo de incumplimiento es más usual que otras formas de violación en la Máxima de cualidad. En los siguientes ejemplos se puede notar la forma en que el interlocutor contesta, pero lo hace con una frase que indica que desconoce la respuesta:

(45) a) 2.3

030 M: ¿Cuántas tabletas te quedan del eutirox?

031 P: La verdad no sé, sólo me la tomo e incluso me empezó a molestar.

En (45a), el paciente prefiere no mentir y le explica al médico que desconoce la información.

b) 3.3

200 M: A ver vamos a ver. De cualquier manera amerita que se le revise, pues valdrá la pena regresar a verlo

201 P: Mire alguna vez fui con la ginecóloga de Coatepec y me recetó una pomada pero no sé cómo se llama. Nomás me acuerdo que tiene una florecita como girasol.

En (45b), la paciente también desconoce la información, pero en este caso intenta dar información extra para que el médico la entienda, aunque éste no la haya solicitado

Este tipo de violación de Máxima es la menos numerosa en las consultas analizadas. Además, esta transgresión sólo la cometa el paciente, pues de las cinco consultas en las que se encontró esta violación ninguna fue cometida por parte del médico. El cuadro 40 muestra la frecuencia de esta Máxima en las consultas.

**Cuadro 40. Máxima de cualidad**

	<i>Consulta privada</i>	<i>Persona que la viola</i>	<i>Cantidad</i>
<i>Violación Máxima de cualidad</i>	1.2	Paciente	1
	3.3	Paciente	1
	<i>Consulta pública</i>		
	2.2	Paciente	1
	2.3	Paciente	1
	4.2	Paciente	3

Si se observan los datos del cuadro 40, se puede observar que la violación de esta Máxima es muy similar entre el sector salud público y el privado. En este tipo de situaciones, se encontró que los momentos en los que ocurre son dos, principalmente:

**Cuadro 41. Situación donde ocurre la violación de la Máxima de cualidad**

<i>Razones</i>	<i>Tema</i>	<i>Consultas</i>
1) Cuando se desconoce información sobre el tratamiento o denominación médica	Medicamento Alimentación	3.3/4.2/2.3 2.2
2) Cuando no se sabe explicar el síntoma del paciente	Aspectos físicos	4.2 (2)

Los motivos que se presentan arriba muestran que la violación de elegir una de dos Máximas se realiza porque el paciente no conoce la información necesaria, a pesar de ello desea cooperar con el médico, por eso le hace saber qué es lo que desconoce y, de esa manera, esto sirva para un mejor entendimiento entre ambos.

#### *2.3.4 Máxima de relación*

Esta máxima tiene que ver con cómo se van cambiando o moviendo algunos temas a lo largo de una conversación. Se compone de una sola cláusula:

- 1) Sea relevante (la intervenciones deben ser pertinentes con lo que se está diciendo).

Esta máxima está presente constantemente en las consultas analizadas. En los siguientes ejemplos se puede notar que el incumplimiento de la Máxima se realiza cuando hay

incongruencia entre el diálogo de los interlocutores, como en el siguiente fragmento (en cursivas) se muestra la violación a la máxima:

(46) 4.1

053 M: 6 meses y ¿tiene más hijos usted?

054 P: No, es la única

055 M: Es la única ya ve con mayor razón sale adelante

056 P: *Porque a veces me mareo muy feo doctora, así como si no fuera yo.*

En el ejemplo (46), el médico le pregunta a la paciente sobre su hija, ella responde y él vuelve a hacer una pregunta sobre su respuesta, a esta pregunta la paciente contesta con un enunciado que no es pertinente con lo que se está hablando. Sin embargo, es probable que la paciente no haya tenido la oportunidad de hablar sobre este malestar y decidió utilizar este momento para hacerlo.

(47) 3.2

131 M: Sí entiendo, debe de ser complicado. Necesitamos que mejore. Puedo entenderlo perfectamente que usted tenga sus compromisos, pero necesita realizar sus estudios. Le voy a pedir que haga un estudio del tórax

132 P: *Sí, a los provincianos no nos convence México, ¿verdad?*

En el ejemplo (47), el médico le explica al paciente que necesita verlo para seguir el tratamiento y le pide un estudio de laboratorio, mientras que el paciente responde con una participación que no tiene relación, pero al igual que en el otro ejemplo, el paciente pudo ocupar esta contestación como una respuesta indirecta ante lo que le pide el médico.

A continuación se presentan los datos completos sobre la Máxima de relación que aparecen en las consultas analizadas:

**Cuadro 42. Máxima de relación**

	<i>Consulta privada</i>	<i>Número de violaciones</i>	<i>Persona quien la realiza</i>	
<i>Violación Máxima de relación</i>	1.1	4	Médico (3)	Paciente (1)
	1.2	2	Médico (1)	Paciente (1)
	3.1	No hay violación		
	3.1	19	—	Paciente (19)
	3.2	3	—	Paciente (3)

	<i>Consulta pública</i>			
	2.1	No hay violación		
	2.2	9	Médico (3)	Paciente (8)
	2.3	5	Médico (4)	Paciente (1)
	4.1	2	Médico (1)	Paciente (1)
	4.2	8	Médico (4)	Paciente (3)

Las cifras que se presentan en el cuadro 42 muestran que la violación a la Máxima de relación también es más común entre los pacientes que en los médicos. Como se ha mencionado antes, la violación de esta Máxima sirve para indicar los cambios de tema. En estas consultas se registran los siguientes motivos para que ésta se infrinja:

**Cuadro 43. Situación donde M viola la Máxima de relación**

<i>Médico:</i>
a) La usa para el cambio de temas no clínicos a temas médicos y viceversa.
b) No desea extender la consulta y cambia el tema para que ésta avance.

Ejemplos:

(48) a) 2.2

185 P: Sí le sacó copias

186 M: Está tomando el de ochocientos cincuenta gramos. Nada más se va a tomar la mitad

b) 4.2

015 P: Aquí en mis pezones abajo me da mucha comezón y como que está muy abierta. Mis bustos parece que tengo como cortado

016 M: ¿Tenemos estudios de laboratorio?

**Cuadro 44. Situación donde P viola la Máxima de relación**

<i>Paciente:</i>
c) La utiliza para hablar sobre sus dolencias si el médico comienza con el tratamiento
d) Desea hablar sobre temas no clínicos

c) 3.3

065 M: Sólo es gastritis, eh, bueno de acuerdo, entonces tenemos que ayudarle un poquito más. Tenemos que ver que le vaya mejor todavía

066 P: Y este, ahorita últimamente, mi vagina como que me da comezón y ya a la hora de limpiarme cuando voy al baño, a veces me sale sangre porque es mucha resequedad.

d) 3.1

071 M: Ujm.

072 P: Y tengo albañiles.

073 M: Sí.

074 P: Los albañiles si ven que me matan ni ven que cuenta, ellos estaban en la azotea, andaban en la azotea.

### 2.3.5 *Máxima de modo*

La Máxima de modo tiene que ver con la forma en cómo se dice algo. Grice expresa que esta Máxima busca que lo que dice el interlocutor sea comprensible para el oyente. Se divide en cuatro disposiciones diferentes:

- a) evite ser oscuro al expresarse
- b) evite ser ambiguo
- c) sea breve (y evite ser prolijo)
- d) sea ordenado

Las cuatro cláusulas son violadas a lo largo de las distintas consultas revisadas. De hecho, al igual que con la Máxima de cantidad, la de modo es una de las que más se trasgreden. Este ejemplo es tomado de un fragmento de las consultas (es muy largo así que sólo se pone una parte de turno):

(49) 1.1

015 M: [...] Te dije que esta era una prueba muy específica, porque los péptidos, nos, nos, este, son nada más de artritis, en ninguna otra enfermedad se, reumática, se presentan. Entonces, cuando se presentan, y a títulos altos, aquí dice todavía verificado, ¿no?, porque está un título muy alto. Corresponde a una artritis reumatoide. Yo te quería descartar un lupus, porque te decía que tú eres una muchachita, muy jovencita [...]

En el ejemplo (49), el médico hace su intervención de forma desordenada y en algunos casos también es ambiguo pues no completa todas sus frases. El cuadro 38 indica las veces que la Máxima es violada, así como la persona que lo hace dentro de la consulta.

**Cuadro 45. Máxima de modo**

	<i>Consulta privada</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Persona que la viola</i>		
<i>Violación Máxima de modo</i>	1.1	11	Médico (11)		
	1.2	6	Médico (6)		
	3.1	25	Médico (1)	Paciente (24)	
	3.2	No hay violaciones			
	3.3	10	Médico (3)	Paciente (7)	
	<i>Consulta pública</i>				
	2.1	3	Médico (2)	Paciente (1)	
	2.2	6	Médico (3)	Paciente (3)	
	2.3	No hay violaciones			
	4.1	3	Médico (3)		
	4.2	5	Médico (4)	Paciente (1)	

Con la información del cuadro 45, podría parecer que son los médicos quienes más suelen incumplir la Máxima de modo, pues aparecen en las ocho consultas con esta circunstancia. Sin embargo, los pacientes aparecen violando la Máxima en seis de las ocho consultas y el número de veces que la violentan es mayor que las violaciones de los médicos

Como las demás Máximas, ésta no se cumple por causas especiales. Como se ha visto, los turnos pertenecientes a los médicos suelen ser más extensos y eso hace que cuando hablan sus participaciones puedan tornarse desordenadas o ambiguas. En el caso de los pacientes sucede, nuevamente, al tratar sus malestares. En general, las razones por las que se violenta la Máxima son

**Cuadro 46. Situación donde ocurre la violación de la Máxima de modo**

<i>El médico puede ser desordenado, prolongado y ambiguo</i>	<i>Cantidad de consultas en las que sucede</i>
I) cuando trata de explicar lo que le sucede al paciente	4
II) cuando se siente nervioso ante una situación incómoda	2
<i>El paciente puede ser desordenado, oscuro y ambiguo</i>	<i>Cantidad de consultas en las que sucede</i>
III) cuando no sabe cómo explicar sus síntomas	3
IV) cuando quiere preguntar algo al médico	1
V) cuando habla de temas no clínicos	1

En el cuadro 46 se muestra que las razones por las que se trasgrede la Máxima de modo son más numerosas en el paciente pues éste la viola más veces. Al médico se le puede dificultar explicar al paciente qué es lo que tiene o qué cuidados debe tener, pues lo que necesita es que éste comprenda, y el dar explicaciones largas le puede ocasionar este tipo de violaciones. Asimismo, si el paciente tiene una enfermedad grave, el médico trata de calmarlo dando muchas aclaraciones. Mientras que el paciente puede sentirse algo tímido para explicar de manera exacta qué le sucede o bien al hacer preguntas directas al médico.

En el cuadro 47 se presentan las máximas violadas totales en todas las consultas:

**Cuadro 47. Total de Máximas violadas**

<i>Máxima</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Cualidad</i>	<i>Relación</i>	<i>Modo</i>
Total de máximas	128	7	53	69
Médicos	81	0	16	33
Pacientes	47	7	37	36

La información del cuadro 47 muestra que respecto a la presencia de Máximas violadas en cada consulta, hay una gran diferencia entre el médico y el paciente. Al ver los números totales de Máximas violadas, se nota que los pacientes son quienes más incumplen cada una de ellas. De las cuatro Máximas, en tres están más involucrados los pacientes, lo que muestra que aunque éstos las violan lo hacen, en su mayoría, para poder cooperar lo mejor posible con el médico.

Solamente en la Máxima de cantidad es donde los médicos tienen una mayor participación, esto refleja la forma de hablar del médico pues como se ha visto a lo largo del análisis, sus turnos son más extensos y sus explicaciones son largas para ayudar al paciente, ya que en efecto, el objetivo del médico es ser claro, conciso, directo y trata de no divagar. Aunque, en algunas ocasiones, es necesario quebrantar las máximas para cumplir este objetivo.

## **2.4 El decir y el hacer en la dinámica conversacional**

Como se ha comentado, en la consulta médica se lleva a cabo una dinámica conversacional entre el médico y el paciente. En las enunciaciones que ambos interlocutores comparten hay una unión entre la forma en cómo se dice algo y la forma en que esto se realiza al hablar.

Por ejemplo, cuando el médico le pide al paciente que le indique cuáles son sus malestares o cuando le sugiere alguna recomendación para la curación de la enfermedad, no sólo

está el intercambio comunicativo verbal sino que al mismo tiempo está presente una acción. El hecho de que el médico diga estas palabras hace que a su vez se realice la actividad que está solicitando.

En ese sentido, el tema de los actos de habla puede ayudar a comprender esta circunstancia conversacional. Los principales estudios sobre este tema los realizaron Austin (1962) y Searle (1969). Tanto Austin como Searle manejan la división de actos a partir de los verbos que los componen.<sup>20</sup>

Como se vio en el primer capítulo, Austin maneja cinco actos ilocucionarios: judicativos, ejercitativos, promisorios, comportativos y expositivos; mientras que para Searle son asertivos, directivos, expresivos y declarativos.

Para el análisis de estas consultas, se decidió retomar la propuesta de Austin para estudiar aquellos enunciados donde la fuerza ilocutiva y perlocutiva sea más notoria.

#### 2.4.1 Fuerzas ilocucionarias

Las fuerzas ilocucionarias de Austin distinguen cinco diferentes términos para los actos ilocutivos. A continuación se presenta cada uno de los actos ilocucionarios:

##### Judicativos

Emiten un juicio. Pueden ser un cálculo, una estimación o una apreciación.

(50) 3.2

131 M: [...] Puedo *entenderlo* perfectamente *que* usted tenga sus compromisos, pero necesita realizar sus estudios. Le voy a pedir que haga un estudio del tórax

##### Ejercitativo

Dan una decisión a favor o en contra. Es defender que algo sea de una manera.

---

<sup>20</sup> Es importante mencionar que la clasificación y definición de los actos de habla puede ser muy extensa. Fernando Castaños hace una revisión de la taxonomía de Searle, así como de algunas teorías posteriores a éste, menciona que hasta ahora no está bien aclarado cómo se deben catalogar los actos de habla. Castaños propone para los actos ilocutivos (a partir de las teorías básicas) que para identificar los actos se debe diferenciar el valor deóntico de la enunciación, se debe reconocer si el contenido es permitido, obligatorio o prohibido y al mismo tiempo se debe observar cómo se comporta el hablante en las condiciones previas a éste. Además, se necesitan dos elementos importantes: el sujeto, estos actos a quién comprometen (hablantes, oyente o tercera persona), y la relación entre este sujeto y el oyente (simétrica, de subordinación o de dominio) (véase Castaños, 2000).

(51) 3.1

205 M: Mire, yo le *recomiendo* que mejor se los quite a la semana cuando ya cumpla siete días primero pase allá porque no tengo instrumental  
206 P: Ajá

En el ejemplo de 51 se puede ver que el médico trata de influenciar al paciente a que siga su recomendación.

#### Compromisorio

Comprometen a la persona que lo usa hacia cierta dirección de acción.

(52) 1.1

045 M: No te angusties. Desahógate todo lo que quieras, pregúntame todo lo que tú quieras, porque vas a estar bien, te lo *prometo* que vas a estar bien, ¿sí? [...]

En este caso, usar el verbo *prometer* hace que el médico se comprometa con el paciente a que éste estará bien.

#### Comportativo

Son una reacción o una actitud respecto a la conducta pasada de otra persona.

(53) 4.2

082 M: Le sellan y le autorizan sí  
083 P: *Gracias*  
084 M: Cuídese mucho, sí, *gracias*

Con la forma *gracias*, tanto paciente como médico reaccionan a la enunciación anterior. Ésta es la forma más común del acto comportativo en la consulta médica.

#### Expositivo

Expresan opiniones. Se usan para hacer aclaraciones o dar referencias.

(54) 2.2

173 P: Ya les *dije* me dieron una receta para que venga politinc y me lo den acá le *digo*: “si de allá me están enviando”.

En el fragmento anterior, el paciente usa el verbo *decir* para dar referencias y explicar al paciente lo que sucede.

A continuación se presentan los resultados registrados en cada una de las consultas. La fuerza ilocucionaria se manifiesta a partir de estos verbos en la consulta médica:

**Cuadro 48. Los verbos ilocucionarios en la consulta pública**

<i>Consulta Pública</i>	<i>Judicativos</i>	<i>Ejercitativos</i>	<i>Compromisorios</i>	<i>Comportativos</i>	<i>Expositivos</i>
1.1	—	M (5)	M (1)	P (1)	M (2)
1.2	—	M (5)			
3.1	—	M (2)		P (1)	M (1) P (3)
3.2	M (1)	M (1)		P (1)	
3.3	—	M (3)		P (1)	M (1)

Según los datos expuestos, los médicos producen más proposiciones con verbos ejercitativos. Mientras que los pacientes suelen tener más actos comportativos en la conversación pues agradecen al médico cuando la consulta finaliza.

**Cuadro 49. Los verbos ilocucionarios en la consulta privada**

<i>Consulta privada</i>	<i>Judicativos</i>	<i>Ejercitativos</i>	<i>Compromisorios</i>	<i>Comportativos</i>	<i>Expositivos</i>
2.1	—	—	—	—	—
2.2	—	M (1)	—	M (1)	P (1) A (1)
2.3	—	M (1)	—	P (1)	M (1) P (1)
4.1	—	M (3)	—	P (2)	—
4.2	—	—	—	M (1)	—

En las consultas de sector salud público es menos frecuente que aparezcan verbos con fuerza ilocucionaria. Al igual que con los resultados de arriba, los médicos son los que más los utilizan. A diferencia de las consultas de sector salud privado, los actos comportativos sí se presentan en los médicos de sector salud público.

Por otro lado, en las consultas revisadas, no todos los enunciados tienen que poseer ese tipo de verbos para tener una fuerza ilocutiva. Hay otro tipo de proposiciones que indican órdenes/ recomendaciones. Esto lo podemos constatar en los siguientes enunciados:

(55) 3.3

208 M: Bueno vamos a dárselas todavía, mire éstos son los óvulos.

*Se pone uno diario si usted siente mejoría los va usar unos 15 días, ¿sí?*

Es frecuente que los actos ilocucionarios tomen más fuerza en los enunciados de los médicos, pues son éstos los que tienen un objetivo en relación al paciente, pues al hacer una orden o recomendación están buscando que el paciente siga las indicaciones para curarse.

El cuadro 50 expone el número total de órdenes directas<sup>21</sup> que se presentan en cada una de las consultas analizadas:

**Cuadro 50. Órdenes directas**

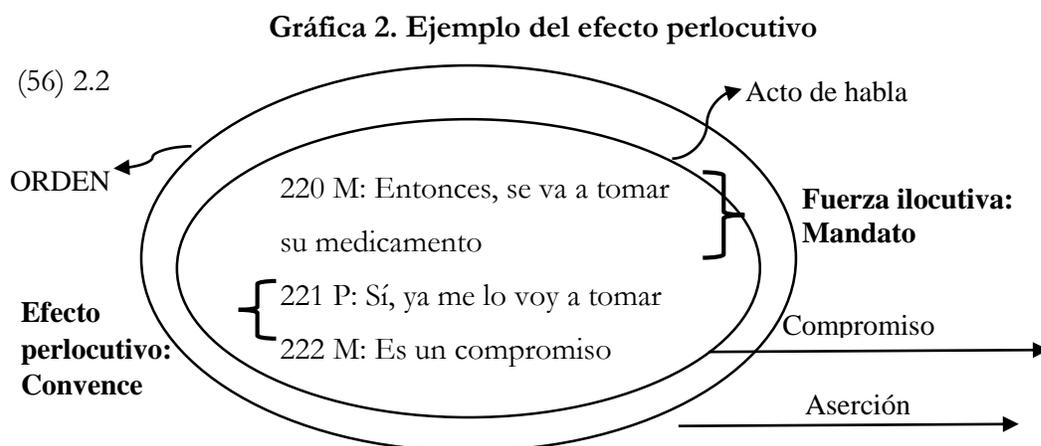
<i>Consulta privada</i>	<i>Número total de órdenes/ recomendaciones</i>
1.1	M (13)
1.2	M (11)
3.1	M (16) P (2)
3.2	M (15)
3.3	M (12) P (1)
<i>Consulta pública</i>	
2.1	—
2.2	M (5)
2.3	M (1)
4.1	M (3)
4.2	M (6)

Según la información del cuadro 50, la fuerza ilocutiva de órdenes directas es usada casi exclusivamente por los médicos, también es más usual que aparezcan en las consultas privadas, por la extensión de las mismas. Por otro lado, también destaca que en este mismo sector, los pacientes sí hacen este tipo de enunciados a diferencia del sector público donde no aparecen, en este último, el paciente no produce una fuerza ilocutiva, y además, los médicos presentan menos formas de órdenes o recomendaciones directas en comparación con los médicos privados.

---

<sup>21</sup> Se habla de órdenes directas pues en el siguiente apartado se verá cómo se presentan los actos de habla indirectos.

Respecto al efecto perlocutivo,<sup>22</sup> se puso atención en aquellos enunciados comunicativos en el que se hacía manifiesto este efecto. En esta parte, es el paciente quien lo transmite. Por ejemplo:



Como se ve en el cuadro 51, la fuerza ilocutiva pertenece, en su mayoría, a los médicos. Por otra parte, el efecto perlocutivo está más presente en los enunciados de los pacientes, pues sólo en dos ocasiones se presenta la perlocución por parte del médico, mientras que en el paciente presenta en la mayoría de las consultas:

**Cuadro 51. El efecto perlocutivo**

<i>Consulta privada</i>		
<i>Médico</i>		<i>Paciente</i>
1.1 (-----)		1.1 (-----)
1.2 Ac. Ilocutivo (2)	→	1.2 Ac. Perlocutivo (2)
3.1 Ac. Ilocutivo	→	3.1 Ac. Perlocutivo
Ac. Perlocutivo (2)	←	Ac. Ilocutivo (2)
3.2 Ac. Ilocutivo	→	3.2 Ac. Perlocutivo
3.3 Ac. Ilocutivo	→	3.3 Ac. Perlocutivo
Ac. Perlocutivo	←	Ac. Ilocutivo
<i>Consulta pública</i>		
<i>Médico</i>		<i>Paciente</i>
2.1 (-----)		2.1 (-----)
2.2 Ac. Ilocutivo (3)	→	2.2 Ac. Perlocutivo (3)
Ac. Perlocutivo (2)	←	Ac. Ilocutivo (2)
2.3 Ac. Ilocutivo	→	2.3 Ac. Perlocutivo
4.1 Ac. Ilocutivo (2)	→	4.1 Ac. Perlocutivo (2)

<sup>22</sup> El efecto perlocutivo hace alusión a la reacción que provoca el hablante sobre el oyente al emitir un enunciado, por ejemplo al convencer, calmar, pedir, etcétera.

#### 2.4.2 Actos indirectos de habla y las inferencias

Dentro de la dinámica conversacional hay elementos que ayudan a los interlocutores a entender información no explícita dentro de las enunciaciones. El acto de habla indirecto se caracteriza por ser un enunciado con un significado distinto al que se está emitiendo. El hablante desea que su oyente entienda esta información inferencial. De la misma manera, el oyente acepta esta información y ambos entienden el acto indirecto emitido.

Este tipo de actos de habla indirectos son los más constantes dentro de las consultas revisadas en comparación con los actos directos. Como se vio arriba, las órdenes tienen una fuerza ilocutiva y efecto perlocutivo, sin embargo, hay muchos enunciados que son gramaticalmente diferentes a cómo se conforma una orden. En el ejemplo de abajo, se puede ver como el médico da un mandato al paciente, pero la enunciación se constituye como una oración impersonal:

(57) 4.2

018 M: [...] glucosa ciento once, poquito alta. *Hay que bajarle al pan a las tortillas un poquito menos.* Ácido úrico tres punto seis normal, colesterol 183 es normal [...]

Por otro lado, los actos indirectos de los pacientes también están presentes e indican una respuesta a la pregunta del médico, pero la formación de la oración no se considera como tal. Por ejemplo:

(58) 3.3

015 M: Cualquier cosa le hace daño, por ejemplo, ¿qué cosas de comer?

016 P: Ay no, ¿cuántas chilucas le pusiste?

El cuadro 52 muestra el paradigma del acto de habla indirecto en las consultas revisadas para este trabajo.

**Cuadro 52. El acto de habla indirecto**

<i>Consulta privada</i>	<i>Total de A. Indirectos</i>	<i>M</i>	<i>P</i>
1.1	11	11	0
1.2	6	6	0
3.1	13	12	1
3.2	9	8	1
3.3	10	6	4
<i>Consulta pública</i>	<i>Total de A. Indirectos</i>	<i>M</i>	<i>P</i>
2.1	2	2	0
2.2	22	21	1
2.3	3	2	1
4.1	9	9	0
4.2	4	4	0

Con la información del cuadro 52, se puede advertir que el médico es quien más hace uso del acto de habla indirecto, en cambio, el paciente no lo utiliza tan frecuentemente. Este tipo de acto se comporta de manera similar en ambos sectores de salud.

El acto de habla indirecto se utiliza para diferentes propósitos, el principal es para que el médico dé órdenes o bien para que el paciente responda sin sentirse responsable.

**Cuadro 53. Formas de acto de habla indirecto en M y P**

<i>Las formas de acto indirecto de orden en los médicos son las siguientes:</i>
Uso de “nosotros”
Oraciones sin sujeto
Explicaciones sobre la enfermedad, medicina, consecuencias de no cuidarse
Verbos como necesitar, recomendar, convenir, interesarse, valer la pena
Afirmación de que algo está mal en su salud
<i>Las formas para que el paciente dé una respuesta indirectamente son las siguientes:</i>
Preguntas
Respondiendo con algo acercado al tema, pero no concretamente

Las implicaturas también funcionan para hacer inferencias, están sumamente ligadas a las violaciones de las Máximas. En una implicatura, el hablante trata de dar información implícita a su interlocutor. Es importante recordar que las implicaturas que interesan a Grice son las no convencionales o conversacionales. Éstas suelen presentarse a partir de principios conversacionales y se dividen en dos: las generalizadas y las particularizadas.

En las consultas analizadas son más abundantes las implicaturas particularizadas pues dependen, en su mayor parte, del contexto que se origine en cada una de ellas. Se ha encontrado

que las implicaturas son cometidas exclusivamente por los médicos tanto en el sector salud público como en el privado. El siguiente cuadro presenta las consultas que proyectan este tipo de información inferencial:

**Cuadro 54. Las implicaturas**

Médico privado	Consulta	Número de implicaturas
	1.1	1
	1.2	3
	3.1	No hay
	3.2	No hay
	3.3	3
Médico público	2.1	3
	2.2	No hay
	2.3	1
	4.1	No hay
	4.2	No hay

Como ya se dijo, el contexto para que se realicen estas implicaturas siempre está presente. En los ejemplos siguientes se puede ver que dentro del turno anterior a la implicatura, se puede encontrar la situación que da pauta a que ésta se lleve a cabo.

(59) a) 1.1

045 M: Entonces, Yasmín, a ver, entonces sí has sentido mejoría y llevamos unos cuantos días, [Y te sientes mejor

046 P: [Sí.

047 M: *No estás tan tiesa.*

048 P: No, no, de verdad [que

b) 2.3

048 P: Me tuve que empanturrar de protector porque me dijo que me cuidara del sol

050 M: *Pero estuviste bien*

051 P: Sí todo bien, bastante bien

La información presentada indica que las implicaturas son más utilizadas por los médicos de sector salud privado, ya que aunque se presenten en tres de ellas y en el sector salud público

se presenten en dos, las implicaturas de los primeros son más numerosas. Las implicaturas que se hacen en estas consultas se realizan sólo en contextos especiales. Suelen aparecer, sobre todo, a lo largo del interrogatorio clínico:

**Cuadro 55. Tipos de implicaturas**

<i>Consulta</i>	<i>M. Cantidad</i>	<i>M. Calidad</i>	<i>M. Relación</i>	<i>M. Modo</i>
1.1			X	
1.2	X X X			
3.3			X X	X
2.1	X		X X	
2.3			X	

Las implicaturas se realizan, asimismo, con la violación de una de las Máximas vistas en el apartado anterior. A continuación se presenta un cuadro que indica el tipo de Máxima violada para cada una de las implicaturas encontradas en las consultas.<sup>23</sup>

**Cuadro 56. Máxima violada para que se lleve a cabo la implicatura**

<i>Implicaturas</i>	<i>Número</i>	<i>Consulta</i>
-Se implica el estado físico del paciente	2	2.3 1.1
-Se implican aspectos alimenticios o de medicamentos del paciente	5	1.2 (2) 3.3 (2) 4.2 (1)
-Se implica cuáles han sido los especialistas que el paciente ya vio	3	2.1
-Se implican aspectos no clínicos	2	1.2 3.3

Según la información del cuadro 56, en las Implicaturas es más común que la Máxima de Relación sea violada para que la primera se lleve a cabo. Por otro lado, la Máxima de Calidad no se utiliza para las implicaturas de estas consultas.

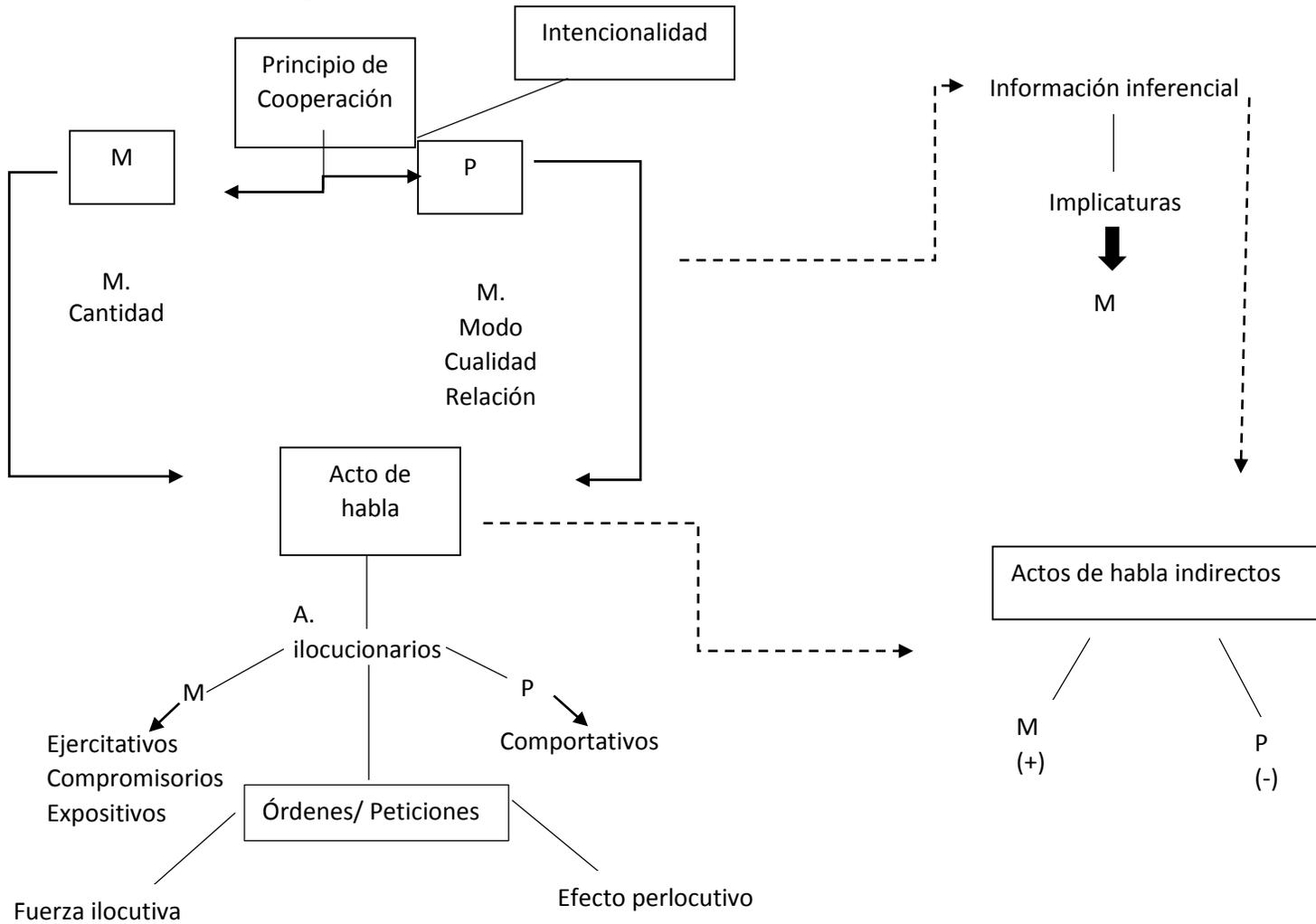
La segunda parte de este capítulo estuvo dedicada a observar cómo se utilizan las Máximas conversacionales y el acto de habla dentro de la consulta médica. Como se mencionó antes, la pragmática es el segundo nivel de análisis dentro del análisis conversacional.

<sup>23</sup> Estas Máximas no se encuentran en el conteo anterior, se consideran pertenecientes a este tema pues en su mayoría, el interlocutor sabe que la viola y tiene la intención de dar información inferencial.

Con las Máximas de Grice se han analizado los turnos de los interlocutores a partir de las intenciones que cada uno de ellos tiene durante la interacción. En algunas ocasiones, las Máximas se violan para dar una mejor a la interacción, en otras, por ejemplo, cuando se desconoce cierta información.

Por otro lado, está el acto de habla, y en particular, en los actos ilocucionarios se puede observar que dentro de una consulta médica se eligen cierto tipo de verbos por parte de los hablantes, en este tipo de conversación los médicos prefieren los verbos de tipo ejercitativos y los pacientes del tipo comportativos. Finalmente, se pudo observar que la principal función del acto de habla indirecta dentro de la consulta es para que el Médico pueda dar, de una forma más amable, sus recomendaciones.

**Esquema 2. Análisis de aspectos pragmáticos**





### 3. LA CONSULTA MÉDICA Y SUS RASGOS GRAMATICALES

En este último apartado se exponen aquellos rasgos gramaticales que destacaron durante todas las consultas médicas como herramientas de comunicación en la dinámica conversacional y que al mismo tiempo se relacionan con la pragmática. Dentro de las enunciaciones de cada interlocutor hay distintas construcciones gramaticales, las cuales se revisaron para profundizar el análisis conversacional y pragmático del capítulo anterior.

#### 3.1 Sintaxis

##### 3.1.1 Usos de ED y EI

Como se vio anteriormente, la diferencia entre el estilo directo e indirecto es que en el primero se utiliza la reproducción literal del discurso y un verbo de lengua flexionado; mientras que el segundo se caracteriza por hacer la reproducción a partir de formas deícticas acompañado de oraciones indirectas, de un verbo de lengua, pero con la utilización del nexos *que*. Al revisar las consultas médicas, es común que éste tipo de herramienta esté presente en muchas de ellas y en diferentes ocasiones durante toda la conversación. A continuación se presentan ejemplos de uso de ED y EI.

Estilo Directo:

(60) 2.2

035 M: A veces los pacientes sienten calambres y dicen, “*Ab voy a tener que comer plátano, naranja*”, y esos son muy, este, son dulces, el plátano y la naranja.

Como se vio en la parte teórica, este tipo de estilo es de uso hipotético, en el que el médico imagina el discurso que está citando. Éste uso es muy común en muchas de las consultas y sirve para recrear una situación para que el paciente entienda lo que le están explicando.

Estilo Indirecto:

(61) 3.1

190 P: Cuando llamé a urgencias y *le dije a la señorita que ya no menstruo* pero mire cómo está [...]

El estilo indirecto es más utilizado por los pacientes, pues como se había visto, los pacientes al narrar algo dan más importancia a cómo sucedieron las cosas.

Estos dos tipos de construcciones aparecen a lo largo de toda la consulta, no tienen un momento específico. Lo que sí sucede es que los interlocutores lo utilizan para circunstancias especiales:

**Cuadro 57. Situación donde ocurre el E.D y el E.I**

a) <i>Médico</i>	E.D Para hacer suposiciones sobre lo que diría su paciente/ pacientes en general
b) <i>Paciente</i>	E.D Narrar algo de su vida diaria E.I Decir lo que médicos/ familia/ amigos dicen sobre la enfermedad
c) <i>Acompañante</i>	E.D Decir lo que hace el paciente E.I Narrar lo que dice el paciente/ otros médicos sobre la enfermedad

En el siguiente fragmento se puede ver cómo el médico hace una suposición de lo que otros pacientes “piensan” utilizando una cita directa, esto para convencer al paciente de que lo que dicen es real y cierto:

(62) a) 1.1

029 M: [...] Haz de cuenta que yo te digo ahorita “*Tú eres diabética*” y tú inmediatamente dices “*Me van a cortar las piernas*”. No, porque no a todos los diabéticos se les cortan las piernas [...]

El ejemplo de (62 b) muestra como el paciente le explica al médico lo que un amigo le comentó algo que tiene ver con su problema médico. En (62 c) el acompañante utiliza el estilo indirecto para informar al Médico sobre el dolor de la paciente.

b) 3.2

105 P: Un amigo que fue deportista *me dijo que era mejor respirar por la boca.*

c) 1.2

008 A: [...] este, *dice que le dio un fuerte dolor aquí en la pierna.*

Como puede observarse, los participantes en la consulta médica prefieren utilizar el estilo indirecto pues como vimos en el fragmento anterior, se elige éste para hablar sobre aquello que han escuchado o lo que otros les han dicho.

En el cuadro 51 se muestran los resultados de cómo se utiliza el estilo directo e indirecto en las diez consultas analizadas:

**Cuadro 58. El E.D. y el E.I.**

<i>Consulta privada</i>	<i>ED</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>EI</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	5	5	0	—	—	—	—
1.2	—	—	—	3	0	0	3
3.1	6	0	6	2	0	2	0
3.2	—	—	—	1	0	1	0
3.3	1	1	—	5	2	3	0
<i>Consulta pública</i>							
2.1	Sin DD o DI						
2.2	5	2	3	3	0	1	2
2.3	4	0	4	—	—	—	—
4.1	Sin DD o DI						
4.2	Sin DD o DI						

La información del cuadro 58 muestra que esta herramienta discursiva se encuentra más en las consultas privadas, por la extensión de las mismas. Por otro lado, en las primeras consultas es más común que los participantes utilicen el discurso indirecto. Lo contrario sucede en las segundas consultas donde se presenta más el discurso directo. Otro punto importante es que el acompañante, en ambas consultas, sólo tiene participaciones con el estilo indirecto. Respecto a la diferencia entre médico y paciente, tanto en el estilo directo como en el indirecto es el paciente quien tiene más intervenciones.

### 3.1.2 Perífrasis verbal

La perífrasis se conforma por una combinación sintáctica en la que se unen dos verbos: uno auxiliar, que comúnmente se conjuga y otro construido en forma no personal, el cual se conoce como principal. Ambos verbos crean una sola predicación. A veces estas unidades se unen con un conector, pero en otras no es necesario. Este tipo de construcciones también aparece en las consultas médicas revisadas para este trabajo. Entre las diversos tipos de perífrasis verbales, se destacaron dos tipos: perífrasis modales y perífrasis de futuro.

Perífrasis modales:

Perífrasis de obligación. Se puede conformar por los verbos *haber que/ tener que/ deber de+ INFINITIVO*. Ejemplo:

(63) 3.3

218 M: [...] *tiene que mejorar* también del estómago, me refiero yo que si se siente mejor de los nervios pues *tiene que* mejorar del estómago [...]

El cuadro 59 muestra la manera en que se presenta este tipo de perífrasis:

**Cuadro 59. La perífrasis de obligación**

<i>Consulta privada</i>	Número	<i>Quién la realiza</i>		<i>Tener que</i>	<i>Deber de</i>	<i>Haber que</i>
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>			
1.1	5	5	0	5	0	0
1.2	0	0	0	0	0	0
3.1	4	3	1	3	1	0
3.2	1	1	0	1		0
3.3	10	8	2	10		0
	20	17	3	19	1	0
<i>Consulta pública</i>						
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>			
2.1	0	0	0	0	0	0
2.2	12	12	0	8	3	1
2.3	1	0	1	1	0	0
4.1	9	9	0	7	1	1
4.2	3	3	0	3	0	0
	25	24	1	19	4	2

Como se observa, el médico es quien más utiliza la perífrasis de obligación, pues de las ocho consultas en las que se presenta esta construcción, sólo en dos la utiliza el paciente. Por otro lado, destaca que aparece más en la consulta pública que en la privada, lo cual podría indicar que en este sector las órdenes son un poco más directas. También sobresale que la construcción que más se utiliza en todas las consultas es *tener que*. Este tipo de perífrasis es usada cuando los médicos quieren hacer un mandato al paciente de manera más directa, como se vio en el ejemplo (63). Cuando la utiliza el paciente es para decir que ellos tienen la obligación de hacer algo.

Perífrasis de posibilidad. Se construye con los *poder* + INFINITIVO. Como en:

(64) 3.2

018 P: [...] podríamos decir que dos mil nueve, y medio año, entre agosto y estos meses.

En el cuadro siguiente se muestra cómo ocurre esta perífrasis dentro de las consultas analizadas:

**Cuadro 60. La perífrasis de posibilidad**

<i>Consulta privada</i>	<i>Número</i>	<i>Quién la realiza</i>	
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>
1.1	12	12	0
1.2	1	1	0
3.1	9	5	4
3.2	4	2	2
3.3	4	3	1
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>23</i>	<i>7</i>
<i>Consulta pública</i>			
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>
2.1	2	2	0
2.2	5	5	0
2.3	1	1	0
4.1	6	6	0
4.2	3	3	0
<i>Total</i>	<i>17</i>	<i>17</i>	<i>0</i>

Los datos del cuadro 60 muestran que, nuevamente, es el médico quien más hace uso de esta perífrasis. Además, las perífrasis de posibilidad en los médicos de las consultas del sector salud público son más numerosas. Por otro lado, los pacientes sólo la utilizan en cuatro consultas de las diez analizadas y sólo en las consultas privadas, pues en las públicas los pacientes no las utilizan. Los participantes utilizan esta perífrasis para hablar sobre algo de los que no se está muy seguro, o en algunos casos tiene un matiz que se acerca a la obligación.

Perífrasis de futuro. Esta perífrasis marca un tiempo verbal, sirve para indicar eventos próximos o de futuro. Se conforma con el verbo *ir* conjugado + *a* + INFINITIVO.

Como en el siguiente ejemplo:

(65) 4.2

015 M: Sí quedó más grande. *La vamos a mandar* a (eh) infectología [...]

Este tipo de perífrasis es muy frecuente en todas las consultas médicas analizadas. De las tres perífrasis revisadas, ésta es la que más se presenta en cada una. Los datos de abajo exponen el modo en que se presenta esta construcción:

**Cuadro 61. La perífrasis de futuro**

<i>Consulta privada</i>	<i>Total</i>	<i>Quién la realiza</i>		
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
1.1	44	41	3	0
1.2	6	5	0	1
3.1	22	15	7	0
3.2	10	10	0	0
3.3	26	25	1	0
	<i>108</i>	<i>96</i>	<i>11</i>	<i>1</i>
<i>Consulta pública</i>				
		<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
2.1	1	1	0	0
2.2	25	22	3	0
2.3	2	2	0	0
4.1	22	22	0	0
4.2	19	17	2	0
	<i>69</i>	<i>42</i>	<i>5</i>	<i>0</i>

Como puede verse, esta perífrasis está presente en las diez consultas. Al igual que con las otras perífrasis, el médico es quien más la utiliza, pero esta vez son más más ocasiones en las que lo hace, por ejemplo, en 1.1 se presenta 41 veces a lo largo de la consulta. Los pacientes también la utilizan, pero sólo en cinco de la diez consultas. Además, en una ocasión la utiliza uno de los acompañantes del paciente. Por último, las perífrasis son más numerosas en los médicos de consulta privada.

En este tipo de construcción es común que aparte de su valor temporal, los médicos la ocupen como una forma indirecta para convencer a sus pacientes de realizar una acción a futuro. Este tipo de construcciones se puede unir con el efecto perlocutivo, pues son enunciaciones donde el médico exhorta al paciente para que lleve a cabo sus recomendaciones. Por ejemplo:

(66) 3.3

148 M: Recárguese por favor, a ver voltee un poco para allá. A ver le voy a tomar su presión acostada y ya voy a ver su estómago, ya está, gracias.

### 3.1.3 Modalidad verbal: El imperativo

El modo es un morfema de los verbos con el que se puede saber la actitud del hablante frente a lo que está diciendo. Existen tres modos diferentes en el español: indicativo, subjuntivo e imperativo. Como ejemplo se presenta los tres tipos de modos en una misma oración (en cursivas el indicativo; subrayado el subjuntivo y en cursivas el imperativo):

(67) 4.2

060 M: Si, *hay* un día que no tenga dolor no se la *tome*. Ahorita le pongo cuál es la del dolor.

Ya que el indicativo y el subjuntivo son las formas verbales más comunes, resalta en este análisis que haya una presencia tan fuerte del modo imperativo. En el cuadro 62 se muestra cómo se comporta el modo verbal en las consultas médicas:

**Cuadro 62. El modo verbal**

<i>Consulta privada</i>	<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
1.1	19	1	—
1.2	18	—	2
3.1	24	11	—
3.2	22	1	—
3.3	29	—	—
	112	15	2
<i>Consulta pública</i>			
2.1	3	—	—
2.2	7	2	—
2.3	3	—	—
4.1	7	0	—
4.2	11	1	—
	31	3	—

El modo imperativo es el menos común y el menos estudiado en el español, sin embargo la conversación entre médico-paciente arroja que este modo sí es importante. Como puede verse, los médicos son quienes más utilizan el modo de imperativo. Este es otro indicador de cómo ellos persuaden a sus pacientes a llevar a cabo el tratamiento indicado.

### 3.1.4 Deícticos

Los deícticos o deixis es el indicador que se usa en el lenguaje para señalar objetos, lugares o personas que están dentro o fuera del campo de referencia del hablante. Para que la deixis funcione se debe de tener un contexto que los interlocutores deben conocer para entender las referencias deícticas. En las consultas analizadas, como en muchos otros tipos de conversaciones, se encontraron todos los tipos de deixis, sin embargo, se debe de destacar cuáles formas prefieren usar los interlocutores, esto ayudará a observar cómo sucede la deixis, específicamente, en esta situación comunicativa. Ejemplo:

(72) 3.3

004 P: Ay doctor, *eso* de *aquí* del estómago seguido me duele

4.1

034 M: Pero si *él* tiene, su esposo.

Las categorías de deixis que se analizaron son deixis personal, espacial, temporal y social. En los siguientes cuadros se muestra cómo aparecen este tipo de construcciones:

Deixis espacial

**Cuadro 63. La deixis espacial**

<i>Consulta privada</i>	<i>Espacial</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	8	7	0	1
1.2	7	4	1	2
3.1	43	37	6	—
3.2	8	3	3	2
3.3	28	14	14	0
	94	65	24	5
<i>Consulta pública</i>	<i>Espacial</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
2.1	—	—	—	—
2.2	20	10	8	1
2.3	4	1	4	—
4.1	4	1	3	—
4.2	10	5	5	—
	38	17	20	1

Los deícticos espaciales son numerosos en las consultas médicas analizadas, pues aparecen en nueve de las diez consultas. Son más comunes en las consultas de sector salud privado. Los médicos son quienes más hacen uso de ellos. Los pacientes también los ocupan, pero hay un número mayor en las consultas privadas. Los acompañantes también las emplean, aunque en un número bajo.

Algunas de las formas deícticas para la deixis espacial son *allá, acá, aquí, ahí, arriba, abajo*. Este tipo de deixis hace referencia, muchas veces, al cuerpo o a lugares como clínicas y hospitales. Así que la deixis espacial se centra siempre en los referentes del cuerpo del paciente, ya sea que hable el médico o el mismo paciente.

(73) a) 3.3

- 100 P: Me duele el pie  
 101 M: ¿Qué pie le duele?  
 102 P: *Éste*  
 103 M: ¿El tobillo?  
 104 P: Me duele *aquí*  
 105 M: Es la planta, ¿le duele cuando pisa?

Además, los deícticos para lugares clínicos se usan, generalmente, sólo cuando médico y paciente ya se conocen, es decir, este tipo de referentes no aparecen en una primera consulta:

b) 4.1

- 066 P: Sí, éstas cuando vaya yo con el médico se las entrego *ahí*.  
 067 M: Sí, por favor a su médico familiar.

Deixis temporal:

**Cuadro 64. La deixis temporal**

<i>Consulta privada</i>	<i>Temporal</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	16	13	2	1
1.2	14	6	4	4
3.1	16	3	13	—
3.2	9	5	4	0
3.3	10	1	9	0
	<i>65</i>	<i>28</i>	<i>32</i>	<i>5</i>
<i>Consulta pública</i>	<i>Temporal</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
2.1	—	—	—	—
2.2	10	4	4	2
2.3	5	3	2	—

4.1	9	6	3	—
4.2	7	6	1	—
	<i>31</i>	<i>19</i>	<i>10</i>	<i>2</i>

La deixis temporal es menos frecuente que la espacial, pero también está presente en la mayoría de las consultas. En esta ocasión también es más numerosa en las consultas privadas. En éstas, el paciente es quien más hace uso de ella; mientras que en las consultas públicas es el médico. El paciente tiene muy poca presencia en estos deícticos.

Sobresale que los interlocutores en este tipo de conversaciones usan deícticos temporales que hacen referencia al presente o al futuro inmediato, el pasado no está referido. Pareciera que la consulta médica sólo se centra en el aquí y el ahora de la conversación. Algunas de las formas que los interlocutores ocupan para marcar deícticos temporales son *ahora, hoy, mañana, en estos días, ese día*. Como en:

(74) 3.3

018 P: Chilucas como me hace daño y *ese día* ya me atreví a comer.

Deixis personal:

**Cuadro 65. La deixis personal**

<i>Consulta privada</i>	<i>Personal</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	30	29	1	0
1.2	3	2	0	1
3.1	18	4	14	—
3.2	5	2	2	1
3.3	13	6	7	0
	<i>69</i>	<i>43</i>	<i>24</i>	<i>2</i>
<i>Consulta pública</i>				
2.1	4	2	0	2
2.2	36	27	5	4
2.3	2	2	0	—
4.1	24	16	8	—
4.2	9	5	4	—
	<i>75</i>	<i>52</i>	<i>17</i>	<i>6</i>

La deixis personal es la más utilizada de las cuatro, tanto por médicos como pacientes, esto porque es común que los deícticos personales sean más comunes en una dinámica conversacional. Estos deícticos son más numerosos en los médicos de las consultas de sector salud público. Por otro lado, en el sector salud privado, son los pacientes quienes más las ocupan. Los acompañantes la utilizan en números bajos.

Las formas que más se utilizan en esta deixis son *yo, ella, él, eso, esto*. A pesar de que el español tiene el sujeto implícito, es significativo que esta deixis sea la más frecuente en la consulta médica, lo que podría indicar que para los participantes es importante indicar continuamente a la persona u objeto del que se habla. Como en:

(74) 2.2

176 M: [...] Entonces, por eso se supone que cada clínica tiene su población cercana a su domicilio o a lo que corresponda y *ellos* son los que tienen que generar su, este, propio presupuesto para este año.

Deixis social:

**Cuadro 66. La deixis social**

<i>Consulta privada</i>	<i>Social</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	8	7	0	1
1.2	5	3	0	2
3.1	2	1	1	—
3.2	3	1	2	0
3.3	8	8	0	0
	26	20	3	3
<i>Consulta pública</i>				
2.1	—	—	—	—
2.2	4	3	0	1
2.3	—	—	—	—
4.1	4	2	2	—
4.2	—	—	—	—
	8	5	2	1

Este tipo de deixis tiene que ver con las formas de tratamiento. Podría confundirse con la deixis personal, pues utiliza formas como *tú* y *usted*. Sin embargo, en las consultas analizadas estos pronombres sirven para marcar una forma de tratamiento, pues aparecen en pocas ocasiones. La deixis social es más frecuente en las consultas privadas. En el cuadro se muestra que es el médico quien más hace uso de ella tanto en la consulta médica y privada. El uso de estos deícticos es muy parecido entre el paciente y el acompañante, además éstos se dirigen siempre con *usted* al médico. El médico utiliza, en general, el *tú* con pacientes jóvenes y el *usted* con pacientes más grandes. En algunas ocasiones éste también utiliza indistintamente el *tú* y el *usted* con un mismo paciente. Como en (75):

(75) 1.1

128 M: Tú la vas a tomar probablemente por años, [entonces

129 P: [No, sí, pero= De aquí a un [mes

130 M: [No, usted, no me suspendes absolutamente nada durante un mes.

Para poder visualizar mejor el uso de los diferentes tipos de deixis el cuadro 67 presenta el uso total de cada una en médicos y en pacientes:

**Cuadro 67. Uso de deixis**

	<i>Deixis espacial</i>		<i>Deixis temporal</i>		<i>Deixis personal</i>		<i>Deixis social</i>	
	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>M</i>	<i>P</i>
<i>Consulta privada</i>	65	24	28	32	43	24	20	3
<i>Consulta pública</i>	17	19	19	10	52	17	5	2

### 3.1.5 Atenuadores conversacionales

Como ya se vio, la atenuación sirve en la conversación para ayudar a los interlocutores a cumplir con un propósito dentro de las participaciones de cada uno. La atenuación también sirve como un mecanismo de cortesía pues pueden suavizar, minimizar u ocultar la información que se está dando. Hay distintos modos de marcar la atenuación lingüística, pues puede ser a través de léxico, de la sintaxis de una oración, de la entonación y hasta de gestos. Al revisar las consultas médicas para este trabajo, resaltaron estos tipos de atenuadores: Indeterminación de la cantidad, Justificación y explicación, e Implicación del interlocutor en lo dicho por el hablante.<sup>24</sup>

#### Indeterminación de la cantidad

En la indeterminación de la cantidad, se difumina el significado semántico de lo dicho. Se pueden usar diminutivos (68 a), minimizadores (68 b), eufemismos (68 c), entre otros. En las consultas analizadas, este tipo de atenuación es la más constante. Como en:

<sup>24</sup> En el primer capítulo de este trabajo se revisaron las distintas formas de atenuación que Antonio Briz Gómez reconoce como tales, para este último capítulo sobresalieron sólo las tres mencionadas arriba.

(68) a) 1.2

119 M: No, yo le pediría que pusiera un *frasquito* con nueces, con almendras, con pistaches, y se toma tres o cuatro al día. No muchos, unos *poquitos*, pero eso lleva mucho calcio también para sus huesos, entonces necesitamos... Las *verduritas*, lo que es el brócoli, la acelga, la espinaca también tiene calcio.

b) 3.3

062 P: Tuve úlceras en mi estómago

063 M: Tuvo úlceras. ¿Usted siempre ha sido *un poco* nerviosa?

064 P: Yo creo que sí

c) 1.2

091 M: No, no, ahorita que tenía el dolor, aunque le quitemos el dolor ya no puede hacer ejercicios pesados, Usted es *una gente, es una gente ya mayor*, y no la podemos arriesgar a que se caiga por allá =

En el cuadro 68 se muestran los tipos y el número de veces que aparecen en cada una de las consultas:

**Cuadro 68. Atenuadores de indeterminación de la cantidad**

<i>Consulta pública</i>	<i>Total</i>	<i>Persona que los realiza</i>	<i>Diminutivos</i>	<i>Minimizadores</i>	<i>Eufemismos</i>
2.1	—		—	—	—
2.2	21	Médico	21	0	0
2.3	1	Médico	1	0	0
4.1	7	Médico	7	0	0
4.2	4	Médico	4	0	0
<i>Consulta privada</i>	<i>Total</i>	<i>Persona que los realiza</i>	<i>Diminutivos</i>	<i>Minimizadores</i>	<i>Eufemismos</i>
1.1	10	Médico (10)	10	0	0
1.2	25	Médico (23) Paciente (2)	21	2	2
3.1	9	Médico (3) Paciente (6)	7	2	0
3.2	5	Médico (1) Paciente (4)	5		0

3.3	19	Médico (9) Paciente (10)	16	2	0
-----	----	-----------------------------	----	---	---

Los datos del cuadro 68 demuestran que los diminutivos son los atenuadores que más se usan para indicar la minorización del significado. De hecho, los atenuadores de indeterminación de la cantidad se utilizan, sobre todo, por las siguientes causas:

- Quando el médico está dando el tratamiento, usa el diminutivo en algunos sustantivos como pastillita, tabletita, hojita, frutita, dulcecito.
- Quando el médico desea/quiere hablar sobre el estado del paciente usa diminutivos como controladita, sanita, piernita, jovencita.
- Quando el paciente habla sobre su malestar usa diminutivos cuando quiere dar a entender que lo que tiene no es tan grave como con cosita, chiquita, gotita, mucosita.

#### Justificación y explicación

Este tipo de atenuación funciona para que los interlocutores puedan reducir el compromiso que tienen con lo que acaban de decir. Es común que la justificación se haga con formas como *es que*, *lo que pasa*, *como*. En las consultas revisadas destaco el uso de *como*, aunque aparecen las otras formas, la anterior es la que se utiliza como atenuador. Como en:

(69) 3.1

008 P: [...] Desde ayer y antier, el resultado crítico y, este, me sentía yo muy *como* apretado de..., internamente. [...] pero, este, le digo que hace unos días me he sentido *como* muy apretado

La única forma para que lo utilizan tanto médico como paciente es para hablar sobre algo que no están muy seguros. Los pacientes son los que más utilizan este mecanismo pues al explicar sus síntomas no quieren comprometerse con una equivocación ante el médico. El cuadro 69 presenta tiene el conteo de las veces que aparece el atenuador:

**Cuadro 69. Atenuadores de justificación y explicación**

<i>Consulta privada</i>	<i>Total</i>	<i>Médico</i>	<i>Paciente</i>	<i>Acompañante</i>
1.1	3	1	3	0
1.2	1	0	1	0
3.1	No hay este tipo de atenuadores			0
3.2	7	0	5	2

3.3	1	0	1	0
<i>Consulta pública</i>				
2.1	2	0	1	1
2.2	2	0	2	0
2.3	3	1	2	0
4.1	1	0	0	0
4.2	4	1	3	0

Como puede comprobarse, este tipo de atenuador es más usado por el paciente. En las tres ocasiones en las que el médico utiliza este tipo de atenuador es para indicarle algo al paciente y que lo entienda más fácilmente como en:

(70) 2.3

031 P: La verdad no sé, sólo me la tomo e incluso me empezó a molestar

032 M: Te vamos a dar *como un barniz* para que te lo apliques en tu uña. Entonces pesaste 71 kg

Este tipo de atenuación tiene otras variantes, las cuales también son constantes en algunas de las consultas. El atenuador *como* también se puede encontrar:

Como que (5)

Haga de cuenta como (4)

Muy como (1)

Implicación del interlocutor en lo dicho por el hablante

En la implicación del interlocutor como atenuador, el hablante involucra a su interlocutor al decir algo. De esta manera se comparte la responsabilidad de lo dicho, como en (71) donde P se dirige al acompañante y responde el médico:

(71) 2.2

189 P: Pues yo casi no como grasa, ¿verdad?

190 M: Está muy bien de eso. Nada más necesito que sí tome su medicamento, es porque así es su tratamiento.

Se utilizan construcciones como *¿no?*, *¿vale?*, *¿sí?* En las consultas revisadas, también se encuentran este tipo de atenuadores, aunque no son tan frecuentes como los anteriores. El cuadro 70 muestra de qué manera se comporta este atenuador dentro de las consultas:

**Cuadro 70. Atenuadores de implicación del interlocutor en lo dicho por el hablante**

<i>Consulta privada</i>	<i>Total</i>	<i>Persona que la hace</i>	<i>Forma</i>
1.1	2	Médico (2)	¿sí?
1.2	4	Médico (3) Acompañante (1)	¿sí? (2)/ ¿verdad? (1) ¿verdad?
3.1	No hay este tipo de atenuadores		
3.2	No hay este tipo de atenuadores		
3.3	1	Médico	¿sí?
<i>Consulta pública</i>			
2.1	No hay este tipo de atenuadores		
2.2	4	Médico (2) Paciente (2)	¿verdad?/ ¿es cierto? ¿verdad?
2.3	No hay este tipo de atenuadores		
4.1	2	Médico	¿verdad?
4.2	No hay este tipo de atenuadores		

Según los datos expuestos en el cuadro 70, se puede notar que el atenuador más utilizado es *¿verdad?* Además es más común que este tipo de mecanismos se usen por los médicos. Lo cual podría decir que ellos buscan que la responsabilidad de su opinión no recaiga solamente en ellos.

### 3.2 Aspectos léxicos

#### 3.2.1 Coloquialismos y terminología especializada

La frecuencia de algún tipo de léxico en la conversación puede develar información de cómo se conforman los participantes de la misma. En las consultas analizadas sobresalen dos tipos de palabras: los coloquialismos y la terminología especializada. El léxico coloquial es muy común en el habla espontánea y por ello están presentes a lo largo de algunas consultas, los coloquialismos son palabras acortadas o verbos que se consideran coloquiales en el contexto en que se enuncian. Los términos, por otro lado, resaltan por el tipo de conversación, que en este caso perteneces a la Medicina.

Ejemplos:

Uso coloquial

(77) 3.1

004 P: Pues se le *rajó* su paciente María Luisa.

Terminología:

(78) 2.3

013 M: Me han comentado que te hicieron los estudios y que había salido un poquito más alta del *pH*, entonces le dije vamos a aumentar un poquito la dosis porque nos habíamos quedado con tres cuartos del *tirox* que es el la *levotirocina* con la *tironina*.

El cuadro 71 refleja cómo los interlocutores utilizan este tipo de léxico:

**Cuadro 71. Los coloquialismos y la terminología**

<i>C. privada</i>	<i>Coloquialismos</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>	<i>Terminología</i>	<i>M</i>	<i>P</i>	<i>A</i>
1.1	2	2	0	0	66	63	3	0
1.2	8	4	3	1	22	19	1	3
3.1	27	3	24	—	34	26	8	—
3.2	3	2	1	0	24	18	2	4
3.3	9	7	2	0	51	37	14	0
<i>Total</i>	<i>49</i>	<i>18</i>	<i>30</i>	<i>1</i>	<i>197</i>	<i>163</i>	<i>28</i>	<i>7</i>
<i>C. pública</i>								
2.1	1	0	1	0	24	24	0	0
2.2	2	2	0	0	47	44	2	1
2.3	1	0	1	—	7	6	1	—
4.1	0	0	0	0	37	35	2	—
4.2	0	0	0	0	29	29	0	—
<i>Total</i>	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>144</i>	<i>138</i>	<i>5</i>	<i>1</i>

Los datos del cuadro 71 muestran que la terminología especializada, a lo largo de las consultas, son más frecuentes que los coloquialismos. Además, los términos especializados están presentes en todas las consultas a diferencia de los usos coloquiales, que sólo están en ocho de las diez consultas analizadas. Las principales formas de los términos especializados son enfermedades, partes del cuerpo, estudios médicos, medicamentos, siglas de instituciones médicas y abreviaturas.

Los coloquialismos son más numerosos en los pacientes tanto en el sector salud público como en el privado. Los acompañantes utilizan más los términos que los coloquialismos pues el léxico coloquial sólo aparece en una de las consultas; mientras que los otros en tres de las diez consultas. Las formas de coloquialismos en las consultas son acortamientos de palabras, sustantivos y verbos. Por otro lado, el uso de coloquialismos por parte de los médicos puede ayudar a tener un acercamiento con sus pacientes. Como en (79) donde el médico repite lo que su paciente dice:

(79) 3.3

035 P: Si me duele aquí, en todo esto así. Luego cuando voy hacer del baño me duele hasta aquí. *Me gruñen mucho las tripas.*

036 M: ¡*Le gruñen las tripas!* ¿Le ha pasado alguna vez que tiene ganas de evacuar y no puede?

### 3.2.2 Marcadores conversacionales

Los marcadores discursivos o conversacionales son unidades lingüísticas que funcionan como vinculación entre dos partículas enunciativas. Estos marcadores crean cohesión al hablar; y de igual manera, el uso de ciertos marcadores conlleva inferencias que ayudan a la interpretación de los enunciados. El uso de este tipo de léxico es muy frecuente en las consultas médicas revisadas y ocupan un porcentaje alto en cada uno de los enunciados que conforman las conversaciones pues, en ocasiones, un solo enunciado puede tener más de tres marcadores. Como ejemplo:

(80) 3.1

100 P: *Bueno, pues, pero* después cuando uno anda cerquita dice te va.

Para este análisis se decidió hacer cuadros con los tipos de marcadores discursivos y las consultas que presentan cada uno de ellos. Las primeras pertenecen a los marcadores utilizados por los médicos y las segundas los marcadores de los pacientes.

**Cuadro 72. Los marcadores discursivos de M privado**

<i>Médico (consulta privada)</i>					
<i>Tipo</i>	1.1	1.2	3.1	3.2	3.3
Comentadores	Pues	Pues			
Ordenadores		Ahora		Ahora (3)	Ahora (2)
Digresores	A ver	A ver (3)		A ver (3)	A ver (13)

Aditivos		Además			
Consecutivos	Entonces (17)	Entonces (4)/Pues	Pues (2)	Entonces (4)/pues (4)	Pues (6)
Contraargumentativos	Pero (9)/ aunque	Pero (7)/aunque	Pero (4)	Pero (11)/sin embargo/aunque	Pero (8)
Explicativos	Porque (8)/o sea (12)	O sea (2)/porque (2)	O sea (2)/porque	Digamos/porque/o sea/por ejemplo	En ese sentido/o sea (3)/porque (4)/me explico/por eso
De rectificación					
De distanciamiento					
Recapitulativos					
De refuerzo argumentativo	De hecho				
De concreción					Por ejemplo (2)
Modalidad epistémica evidencia					
Modalidad deóntica aceptación					
Enfocadores de alteridad	mira (2)/	Mire (3)/	Mire		Oiga/mire (3)
Metadiscursivos conversacionales	Bueno (3)/este (21)/¿no? (2)/¿eh? (5)/¿sí? (13)/claro/¿verdad?/	Este/bueno	Ah (2)/este/bueno (17)/vaya (4)/ah ya/bien/claro	Bueno (15)/bien/eh/	Bueno (19)/eh (2)/vaya (6)/ah (3)/¿sí? (3)/¿no?

**Cuadro 73. Los marcadores discursivos de M público**

<i>Médico (consulta pública)</i>					
<i>Tipo</i>	2.1	2.2	2.3	4.1	4.2
Comentadores		Pues (3)		Pues	
Ordenadores					
Digresores			A ver		
Aditivos					
Consecutivos	Entonces	Entonces (15)	Entonces	Entonces (9)/	Entonces (4)
Contraargumentativos	Pero	Ahora/ pero (10)	Pero	Pero (4)	
Explicativos		O sea (5)		O sea	
De rectificación				De hecho	

De distanciamiento					
Recapitulativos	En general	En general			
De refuerzo argumentativo		Más bien (2)			
De concreción	Por ejemplo	Por ejemplo			
Modalidad epistémica evidencia					
Modalidad deóntica aceptación					
Enfocadores de alteridad			Adelante	mire	
Metadiscursivos conversacionales	Mmm	Este (11)/ bueno (3)/ eh/ ¿verdad? (2)	Ah (4) / mmm	¿verdad? (2)/ Bueno (2)/ ah bueno/ este/ eh	Eh/ este (3)/ mmm

Como se muestra en los cuadros 72 y 73, tanto en las consultas públicas como privadas está la presencia de ciertos marcadores discursivos. En la consulta privada abundan los marcadores de tipo: comentadores, ordenadores, digresores, aditivos, consecutivos, contraargumentativos, explicativos, enfocadores de alteridad y metadiscursivos conversacionales. Éstos aparecen en la consulta pública, pero en menos cantidad.

Los marcadores difieren sobre todo en los conectores explicativos que sólo aparecen en dos ocasiones y en los recapitulativos, que sólo se ocupan en la consulta. Por otro lado, resalta que todos los médicos utilizan, en general, las mismas palabras como conectores: *entonces, pues, ahora, pero, bueno, mire*.

**Cuadro 74. Los marcadores discursivos de P privado**

<i>Paciente (consulta privada)</i>		1.2		3.1	3.2	
Marcadores discursivos	1.1	A.	P.		P.	A.
Comentadores		Pues (3)(ps)	Pues (6)(pus)	Pues (6)(pus)	Pues (2)	
Ordenadores	A ver (3)			Luego		
Digresores						
Aditivos						
Consecutivos	Entonces (6)/ahora	Entonces		Entonces (14)ahora	Entonces /ahora	
Contraargumentativos	Pero (2)	Pero (8)	Pero (3)	Pero (9)	Pero (9)	Pero

Explicativos		Porque (3)	Porque (3)	Porque (13)/ sea (2)	O (4)	Porque /o sea
De rectificación						
De distanciamiento						
Recapitulativos						
De refuerzo argumentativo						
De concreción						
Modalidad epistémica evidencia						
Modalidad deóntica aceptación						
Enfocadores de alteridad			Fíjese (2)	Mire (10)		
Metadiscursivos conversacionales	¿no? (2)	Este (3)/bueno (3)	Este (2)/ah	Bueno (5)/este (12)/ah (2)/eh	Bueno (8)/este (3)	

<i>Paciente (consulta privada)</i>	
Marcadores discursivos	3.3
Comentadores	Pues (14)
Ordenadores	Luego/últimamente
Digresores	
Aditivos	
Consecutivos	
Contraargumentativos	Pero (7)
Explicativos	Porque (7)
De rectificación	
De distanciamiento	
Recapitulativos	
De refuerzo argumentativo	
De concreción	

Modalidad epistémica evidencia	
Modalidad deóntica aceptación	
Enfocadores de alteridad	Mire (2)
Metadiscursivos conversacionales	Bueno (3)/este/ánde

**Cuadro 75. Los marcadores discursivos de P público**

<i>Paciente (consulta privada)</i>	2.1		2.2		2.3	4.1	4.2
Marcadores discursivos	P.	A.	P.	A.			
Comentadores	Pues (ps)	Pues	Pues (2)	Pues	Pues (5)	Pues (2) (pus)	Pues
Ordenadores					Después		
Digresores							
Aditivos							
Consecutivos			Entonces/luego	Entonces		Entonces (5)	
Contraargumentativos			Pero (5)	Pero (3)	Incluso	Pero (2)	Pero (2)
Explicativos			Porque (2)	Porque (4)/o sea	Porque	Porque (2)	Porque
De rectificación							
De distanciamiento							
Recapitulativos							
De refuerzo argumentativo							
De concreción							
Modalidad epistémica evidencia							
Modalidad deóntica aceptación							
Enfocadores de alteridad							Mire
Metadiscursivos conversacionales			Este (2)/ah (2)/eh/mire	Este	Ah	Este (2)	Este

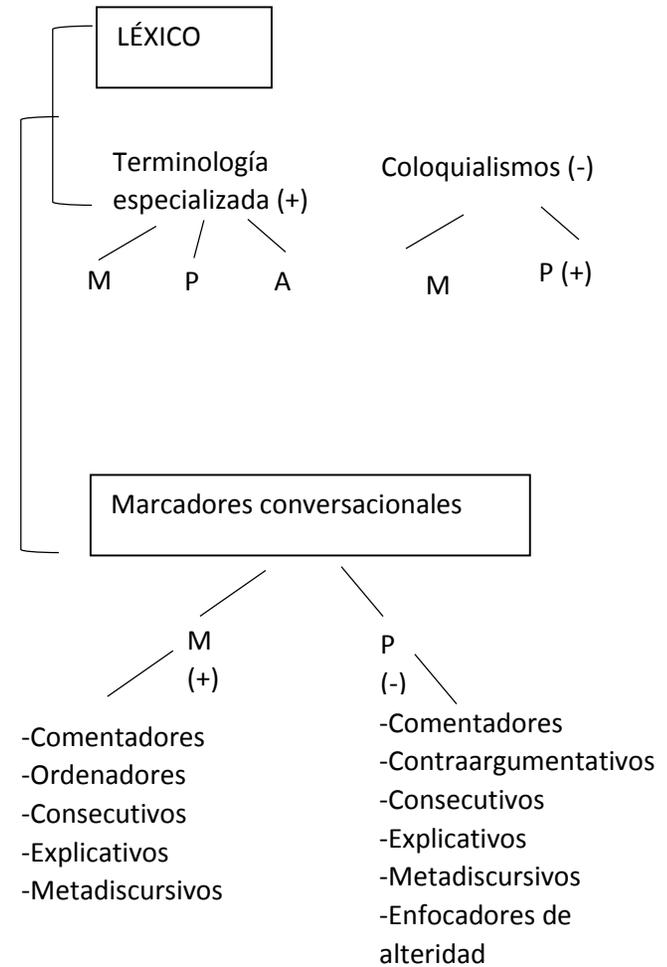
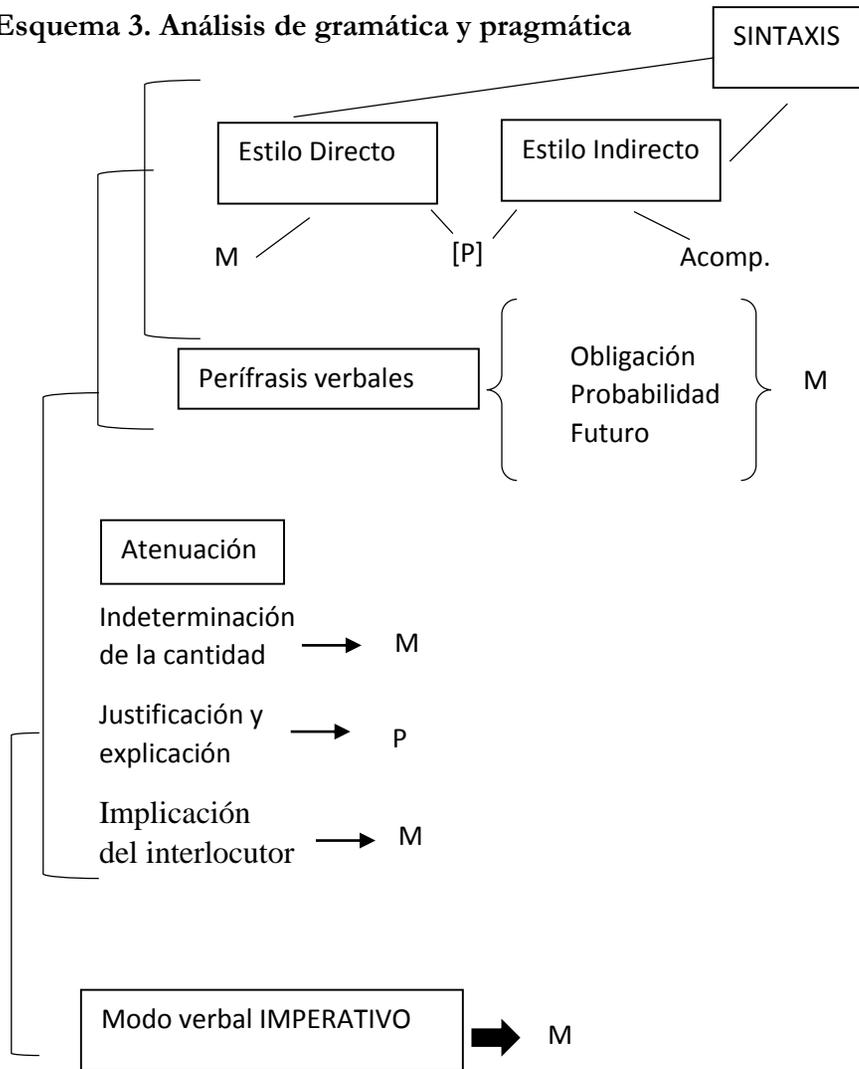
En el caso de los marcadores utilizados por los pacientes, también parece que hay una generalidad respecto a los tipos de conectores que utilizan en sus participaciones. Los marcadores más usados son comentadores, consecutivos, contragumentativos, explicativos y metadiscursivos. En este caso, también es mayor el número de marcadores en las consultas privadas que en las públicas. Al igual que con los médicos, hay una selección de ciertas construcciones para los marcadores como: *pues, entonces, pero, porque y este*.

En general, los marcadores de los médicos muestran que dan más explicaciones, dan ejemplos y se preocupan porque haya una secuenciación en sus enunciaciones. Por otro lado, los conectores de los pacientes son más narrativos, tratan de explicar y justificar sus enunciaciones.

Estos elementos formales y sintácticos, al igual que los anteriores analizados, ayudan a entender cómo es que los interlocutores se comunican a través de la consulta médica. Como se dijo al inicio, el uso de la sintaxis y el léxico para la pragmática depende de la elección que se haga de las construcciones. En este caso, están definidas las formas que se prefieren usar entre los médicos y los pacientes pues los elementos analizados son frecuentes a lo largo de las diez consultas.

Este tercer nivel de análisis nos ayuda a observar con profundidad cómo se comportan los hablantes en cada una de las enunciaciones. Asimismo, en este último capítulo se ha buscado caracterizar algunas formas que tanto médico como paciente prefieren utilizar al hablar dentro del consultorio médico.

Esquema 3. Análisis de gramática y pragmática



## CONCLUSIONES

La teoría del análisis de la conversación engloba distintos componentes que caracterizan la construcción de la misma. Esta tesis trato de hacer un análisis para contrastar lo que sucede en la teoría y lo que sucede dentro de una conversación auténtica. Se decidió trabajar con consultas médicas pues están consideradas como una conversación espontánea, pero al mismo tiempo, la consulta se realiza bajo un protocolo y bajo ciertas restricciones.

Por los motivos anteriores, esta tesis buscó hacer una descripción de cómo se conforma la consulta a diferencia del habla espontánea. Las consultas analizadas se realizaron en dos distintos sectores de salud: el privado y el público. El principal objetivo de esta investigación apuntaba a que habría una diferencia clara entre uno y otro sector. Al mismo tiempo, se buscó detallar la forma en la que se comunica el médico y de qué forma lo hace el paciente, para eso el análisis se profundizó con algunos temas de pragmática y algunos de gramática.

La estructura de una conversación médico-paciente es distinta a la de la conversación espontánea. En primer lugar, hay una cita previa lo cual es poco común en otro tipo de conversación, por esa razón los saludos o algunas partes de una conversación espontánea no están presentes durante una consulta médica. En las consultas hay un contexto ya definido por el lugar en el que se realiza la conversación, lo cual no es frecuente en la conversación espontánea. En la consulta médica existe un lenguaje terminológico determinado por la medicina. La secuenciación también es diferente pues tiene una estructura más delimitada que la del habla espontánea.

Respecto a las diferencias entre las consultas privas y públicas, no fue posible encontrar gran diferencia entre unas y otras. La distinción más evidente fue que las consultas privadas son más extensas que las consultas públicas. En los demás puntos analizados, las diferencias entre ambos sectores eran mínimas. En algunas ocasiones, había diferencia entre el número de veces que se presentaba una forma de análisis, pero siempre tenía que ver con extensión.

En el primer capítulo se revisó cómo se forma una conversación, en general: Tiene tres bloques principales y las participaciones de los interlocutores se hace por turnos. Estos turnos, a su vez, se conforman por distintos modelos como las intervenciones y los pares adyacentes. En las consultas médicas todos estos aspectos están presentes, pero hay algunos cambios. Uno de los resultados más importantes en este trabajo fue observar que si bien la consulta se puede dividir en tres partes (apertura, cuerpo y cierre de la conversación), también hay subdivisiones

de estas partes, donde resalta la parte del interrogatorio médico, el tratamiento y las preguntas fuera del protocolo clínico. En estas partes, tanto médico como paciente ponen mayor atención y los turnos de cada uno son más extensos que en los otros temas. Es importante resaltar la importancia que el interrogatorio clínico tiene durante toda la conversación. Tanto médico como paciente asumen que ésta es la forma en que se generan las diferentes temáticas y es en torno a éste que la conversación se va construyendo. Por otro lado, el tratamiento es uno de los temas en los que el paciente participa más. Durante éste, se realizan más preguntas por parte del mismo, el paciente expresa sus preocupaciones, dudas o dolencias.

En la teoría se vio que existen distintos tipos de pares adyacentes, pero en la consulta médica se destaca el de pregunta-respuesta. Los participantes van construyendo la conversación a partir de distintas preguntas sobre temas clínicos, biológicos, emocionales y personales. Los pares adyacentes de saludo-saludo sólo se presentan al cierre de la conversación donde ambos interlocutores se despiden, al inicio de la conversación no es frecuente que aparezcan.

En la conversación espontánea, cualquiera de los participantes puede iniciar, continuar o terminar la conversación, los resultados de esta investigación arrojaron que el médico es el encargado de hacer que esto se lleve a cabo. En general, el médico es quien dirige toda la estructura de conversación y el paciente se adapta y responde conforme a lo que el médico dice.

En el análisis pragmático se revisaron temas como las Máximas de Grice y los actos de habla. Estos modelos son importantes porque complementan el análisis conversacional. El Principio de cooperación y las Máximas conversacionales se cumplen, como en la mayoría de las conversaciones, sin embargo, las violaciones de estas Máximas se analizaron para entender la intención de los interlocutores. Es común que los pacientes recurran a esto para hablar sobre sus dolencias o sobre sus inquietudes sobre la enfermedad que padecen. El médico utiliza la violación de las máximas cuando necesita que el paciente comprenda y acepte lo que éste dice. Las máximas que más se transgreden por parte del paciente son las de relación y modo.

Las primeras máximas se violentan cuando el paciente habla sobre sus dolencias mientras que el médico habla sobre el tratamiento o la valoración médica. La máxima de modo se incumple en menos ocasiones, sobre todo, cuando el paciente quiere explicar sus síntomas. El médico transgrede más la máxima de cantidad pues puede hacer sus participaciones muy largas o muy cortas: las extiende cuando explica el tratamiento al paciente o las acorta para no prolongar ciertos temas, como el de las preguntas no clínicas. La máxima de cualidad sólo se incumple cuando se desconoce alguna información y el interlocutor la viola conscientemente.

Es frecuente que destaquen ciertos aspectos del acto de habla. En algunas enunciaciones están presentes la fuerza ilocutiva y el efecto perlocutivo. Esto sucede en aquellas oraciones que tienen un sentido de petición o de orden. Cuando el médico hace un enunciado en forma imperativa ejerce una fuerza ilocutiva pues con ella intenta crear un efecto en el paciente. Éste, por su lado, responde de manera que el efecto perlocutivo predomina en su enunciación, de tal manera que se manifiesta la reacción que tiene frente a lo dicho por el médico.

La información inferencial es importante durante la dinámica conversacional médico-paciente, en este trabajo se analizaron los actos de habla indirectos y las implicaturas conversacionales. Los actos de habla indirectos son utilizados por los médicos para dar órdenes de forma oblicua, ya que, en ocasiones, intentan no parecer tan autoritarios frente al paciente. Los pacientes los usan para hacer cuestionamientos, ellos aceptan que el médico es una persona con autoridad y por tanto tratan de utilizar este elemento para no parecer groseros. Las implicaturas son empleadas sólo por los médicos, esta estrategia aparece cuando los especialistas implican qué come o qué toma al paciente.

En la consulta médica hay muchas formas o construcciones que los médicos utilizan para hacer sus recomendaciones a los pacientes, como ya se dijo, el acto de habla indirecto es uno de ellos, pero también al violar algunas Máximas recurren a distintas formas gramaticales. En las consultas abunda el uso del modo imperativo, además utilizan la perífrasis de futuro y la atenuación.

Los marcadores discursivos son otro de los rasgos que predominan en todas las consultas. Es significativo que los marcadores cambien sólo de médico a paciente; mientras que de un interlocutor a otro no cambia, por lo general todos utilizan la misma palabra o frase como prototipo en cada clase de conector.

El análisis de este tipo de discursos es importante porque se puede observar cómo funciona el intercambio comunicativo en un ambiente cotidiano en el cual todos han estado implicados. De tal manera que se ha podido percibir qué aspectos son significativos para los participantes dentro de la consulta médica. El médico ocupa sus estrategias conversacionales para dos aspectos principalmente: saber qué le ocurre al paciente y darle un tratamiento. Para el paciente es primordial que el médico conozca todos sus síntomas.

Esta tesis abarca algunos elementos que se encontraron en la conversación médico-paciente, sin embargo, aún hay muchos estudios relacionados con la pragmática y con el análisis de la conversación que pueden desarrollarse a partir de este tipo de discursos. Además, puesto

que la diferencia entre consultas privadas y públicas no ha sido tan significativa, se podría hacer el mismo estudio con un número mayor de consultas. Este trabajo trata de ser una pequeña aportación a los estudios del análisis conversacional.

## FUENTES

ALBELDA MARCO, MARTA

2010 “Cortesía y atenuantes verbales en las dos orillas a través de muestras orales”, en *La lengua española en América. Normas y usos actuales*. Valencia: Universitat de Valencia, pp. 237-260.

AUSTIN, JOHN L.

1998 *Cómo hacer cosas con palabras*. Palabras y acciones. Barcelona: Paidós.

BAIXAULI FORTEA, INMACULADA

2004 “Las secuencias de historia”, en *¿Cómo se comenta un texto coloquial?* Barcelona: Ariel, pp. 29-47

BRIZ, ANTONIO

1995 “La atenuación en la conversación coloquial. Una categoría pragmática”, en *Actas del I Simposio sobre análisis del discurso oral*. Almería: Servicio de Publicaciones, pp. 103-122, en [http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca\\_ele/publicaciones\\_centros/PDF/munich\\_2005-2006/02\\_briz.pdf](http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/publicaciones_centros/PDF/munich_2005-2006/02_briz.pdf).

CALSAMIGLIA BLANCAFORT, HELENA *et al.*

2001 *Las cosas del decir. Manual análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.

CARVAJAL RODRÍGUEZ, ALDO

2012 *Análisis del discurso médico: la argumentación en la consulta pública*. Guadalajara: UdG, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Coordinación Editorial.

CALVO PÉREZ, JULIO

1994 *Introducción a la pragmática del español*. Madrid: Cátedra.

CASADO VELARDE, MANUEL

2006 *Introducción a la gramática del texto*. Madrid: Arco libros.

CASTAÑO, FERNANDO

2000 “Ilocución, disertación, perlocución”, *Revue de Sémantique et Pragmatique*. Orléans: Presses universitaires d’Orléans, no. 7, pp. 153-161.

CORDELLA, MARISA

2003 “En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas”, en *Oralia: análisis de discurso oral*. Madrid: Arco Libros, vol. 6, pp. 147-168.

DÍAZ PORTILLO, SANDRA P.

2015 “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración”, *Salud pública*, vol. 57, no. 4, pp. 320-328.

DIJK, TEUN A. VAN

1978 *La ciencia del texto*. México: Paidós.

ESCANDELL VIDAL, M. VICTORIA

2005 *La comunicación*. Madrid: Gredos.

2002 *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Anthropos.

GALLARDO PAÚLS, BEATRIZ

2003 “El diálogo entre personas. Curso impartido en el seminario de Industrias de la Lengua”. Soria, Universitat de València-Estudi General.

1997 “La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones”, *Contextos* (Valencia: Departament de Teoria deis Llenguatges, Facultat de Filología Universitat de Valencia), pp. 189-220.

GÓMEZ TORREGO, LEONARDO

1988 *Perífrasis verbales, sintaxis, semántica y estilística*. Madrid: Arco Libros.

GRICE, H.P.

2005 “Lógica y conversación”, en Luis M. Valdés Villanueva, comp., *La búsqueda del significado. Lecturas de filosofía del lenguaje*. Trad. Juan José Acero. Madrid: Tecnos-Universidad de Murcia (Filosofía y ensayo), pp. 511-530.

HOCKETT, CHARLES F.

1971 “El puesto del hombre en la naturaleza”, en *Curso de lingüística moderna*. Buenos Aires: Eudeba, cap. LXIV.

LEONETTI, MANUEL

2008 “Gramática y pragmática”, *Frecuencia- L: Revista de Didáctica del Español como Lengua Extranjera*, no. 35 (Madrid: Edinumen), pp. 1-9.

LEVINSON, STEPHEN C.

1989 *Pragmática*. Barcelona: Teide.

LUNA TRAILL, ELIZABETH

1980 *Sintaxis de los verboides en el habla culta de la ciudad de México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

MALDONADO GONZÁLEZ, CONCEPCIÓN

1999 “Discurso directo y Discurso indirecto”, en *Gramática descriptiva de la lengua española 3: entre la oración y el discurso. Morfología*. Madrid: Espasa Calpe, pp. 3549-3593.

MARTÍN ZORRAQUINO, MA. ANTONIA *et al.*

2000 “Los marcadores del discurso”, en Ignacio Bosque y Violeta Demonte, dirs., *Gramática descriptiva de la lengua española*, vol. 3, *Entre la oración y el discurso. Morfología*. Madrid: Espasa Calpe, pp. 4051-4199.

MARTÍNEZ RUIZ, RAQUEL

2004 “La deixis”, en *¿Cómo se comenta un texto coloquial?* Barcelona: Ariel, pp. 243-261.

O HERNÁNDEZ LÓPEZ, MARÍA DE LA

2010 “Principios sociopragmáticos de la interacción y dinamismo de las relaciones de poder entre médico y paciente”, en *(Des)cortesía en español Espacios teóricos y metodológicos para su estudio*. Roma: Università degli studi Roma tre-eDICE.

OBRAJERO GALICIA, ROCÍO

2006 “Hacia un breve diccionario terminológico de abreviaturas de anatomía humana”. México: Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, tesis de licenciatura en Letras Hispánicas, en <<http://132.248.9.195/pd2006/0606078/Index.html>>.

PORTOLÉS, JOSÉ

2003 “Pragmática y sintaxis”, *Círculo de Lingüística Aplicada a la Comunicación* (Madrid: Universidad Complutense de Madrid), no. 16, pp. 42-54, en <<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/circulo/no16/portoles.pdf>>.

2001 *Marcadores del discurso*. Barcelona: Ariel.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA

2014 *Diccionario de la lengua española*, 23ª ed. [En línea] Madrid: Espasa. Disponible en: <http://www.rae.es/>

2010 *Nueva gramática de la lengua española. Manual*. México: Espasa.

REYES, GRACIELA

1995 *Los procedimientos de cita: estilo directo y estilo indirecto*. Madrid: Arco Libros.

SANETRA, KATARZYNA

2016 “Un estudio comparativo de la cortesía verbal en polaco y español de México en el contexto de una consulta médica”. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM-Centro de Enseñanza para Extranjeros, UNAM, tesis de Maestría en Lingüística Aplicada, en <<http://132.248.9.195/ptd2016/febrero/508451298/Index.html>>.

SEARLE, JOHN

1994 *Actos de habla. Ensayo de filosofía del lenguaje*. Buenos Aires: Planeta.

1976 *Una taxonomía de los actos ilocucionarios* en *Teorema: Revista internacional de filosofía*, vol. 6, no. 1, pp. 43-78.

TUSÓN, AMPARO

2003 *Análisis de la conversación*. Barcelona: Planeta.