



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN LINGÜÍSTICA

**LA COMPETENCIA SOCIOLINGÜÍSTICA DE LA MUJER MEXICANA EN DOS
CONTEXTOS MÉDICOS DIFERENTES: LA CONSULTA GINECOLÓGICA Y LA
CONSULTA PEDIÁTRICA**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN LINGÜÍSTICA APLICADA**

PRESENTA

ALEJANDRA JÉSSICA RAISMAN CARLOVICH

TUTORA PRINCIPAL

**DRA. REBECA BARRIGA VILLANUEVA
EL COLEGIO DE MÉXICO**

MÉXICO, D.F., MARZO DE 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Agradecimientos

A la Dra. Rebeca Barriga Villanueva, por haberme guiado a lo largo de este trabajo de investigación con tanta dedicación y entusiasmo.

A los miembros de mi Comité Tutor por sus invaluable comentarios y sugerencias, y por su generosidad académica.

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT) por la beca que me otorgó para llevar a cabo mis estudios de Maestría.

Dedico este trabajo de investigación

A mis papás, que me criaron rodeada de amor por el arte y de placer por el conocimiento.

A mi marido, por su incondicional apoyo para que emprendiera esta nueva etapa de mi vida académica.

A mis hijos, por el tiempo que les “robé” y por su continuo interés y entusiasmo por lo que hago.

LA COMPETENCIA SOCIOLINGÜÍSTICA DE LA MUJER MEXICANA EN DOS CONTEXTOS
MÉDICOS DIFERENTES: LA CONSULTA GINECOLÓGICA Y LA CONSULTA PEDIÁTRICA

Í N D I C E

I.	Introducción	3
II.	Planteamiento y delimitación	7
III.	Marco teórico	7
	Capítulo 1: El modelo de competencia comunicativa de Canale y Swain.....	7
	1.1 Competencia vs. Actuación.....	8
	1.2 Dell Hymes	
	1.2.1 Competencia comunicativa.....	10
	1.2.2 Etnografía del habla.....	11
	1.2.2.1 Acto de habla.....	13
	1.2.2.2 Evento de habla.....	14
	1.2.2.3 Consulta médica como evento de habla.....	15
	1.3 Halliday y los significados sociales.....	17
	1.4 Descripción del modelo de Canale y Swain.....	19
	1.4.1 Competencia gramatical.....	19
	1.4.2 Competencia discursiva.....	20
	1.4.3 Competencia estratégica.....	20
	1.4.4 Competencia sociolingüística.....	21
	Capítulo 2: El modelo sociopragmático de H.H. Clark.....	23
	2.1 Bases teóricas.....	23
	2.2 Actividades conjuntas.....	26
	2.3 Aplicación del modelo de H.H. Clark a este trabajo.....	27
	Capítulo 3: La cortesía.....	29
	3.1 Introducción.....	29
	3.2 El principio de cooperación y las máximas de Grice.....	30
	3.3 Reglas de cortesía de Lakoff.....	32
	3.4 Leech y el principio de la cortesía.....	33
	3.5 Modelo de Brown y Levinson.....	35
	3.5.1 Elementos determinantes de la cortesía.....	36
	3.5.2 La cortesía, los estudios de género y el poder en el habla femenina.....	38
	Capítulo 4: Metodología.....	43
	4.1 Entidad social.....	44
	4.1.1 Características de la red social.....	45
	4.1.2 Aplicación a este trabajo.....	47
	4.2 Selección de la muestra de participantes.....	49
	4.3 Recogida de datos.....	50
	4.4 Análisis de resultados.....	54
	4.4.1 Primera parte de las encuestas ginecológicas.....	54
	4.4.1.1 Hospital privado.....	55

4.4.1.2	Sanatorio familiar.....	60
4.4.1.3	Seguro Social.....	65
4.4.1.4	Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la ginecología en la primera parte de la encuesta.....	70
4.4.2	Primera parte de las encuestas pediátricas.....	73
4.4.2.1	Hospital privado.....	73
4.4.2.2	Sanatorio familiar.....	77
4.4.2.3	Seguro Social.....	82
4.4.2.4	Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la pediatría en la primera parte de la encuesta.....	87
4.4.3	Segunda parte de las encuestas ginecológicas.....	90
4.4.3.1	Hospital privado.....	90
4.4.3.2	Sanatorio familiar.....	93
4.4.3.3	Seguro Social.....	95
4.4.3.4	Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la ginecología en la segunda parte de la encuesta.....	97
4.4.4	Segunda parte de las encuestas pediátricas.....	99
4.4.4.1	Hospital privado.....	99
4.4.4.2	Sanatorio familiar.....	101
4.4.4.3	Seguro Social.....	104
4.4.4.4	Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la pediatría en la segunda parte de la encuesta.....	106
4.5	Interpretación de los resultados.....	107
4.5.1	Resultados de las tres redes sociales dentro del campo de la ginecología.....	107
4.5.2	Resultados de las tres redes sociales dentro del campo de la pediatría.....	113
4.5.3	Comparación de los resultados obtenidos dentro de una misma red social en sendos campos semánticos.....	117
4.5.4	Interpretación de las encuestas aplicadas a ginecólogos y pediatras.....	118
IV.	Conclusiones.....	121
	Bibliografía.....	128
	Índice de tablas.....	132
	Índice de gráficas.....	134
	Anexos	
	A. Encuesta para pacientes ginecológicos.....	135
	B. Encuesta para pacientes pediátricos.....	136
	C. Encuesta para ginecólogos.....	137
	D. Encuesta para pediatras.....	139

I. Introducción

...el hombre y la mujer no sólo dicen frases o expresiones distintas, sino que, al decir las mismas palabras, pueden significar y hacer entender ideas distintas por parte de interlocutores pertenecientes a sexos diferentes

M. Jesús Buxó Rey (1991: 106)

El conflicto que representa el deseo de la mujer por “entender” el mundo que le rodea y afecta, así como las fuerzas internas y externas, tanto aparentes como reales que la restringen, dan origen a este trabajo de investigación. El lenguaje de la mujer en diferentes contextos sociales y el uso que la mujer hace o no de dicho lenguaje generan los interrogantes que dan cuerpo y sentido a esta tesis.

El estudio específico del uso que la mujer hace del lenguaje médico en México es insuficiente. Y, sin embargo, tanto médicos como pacientes a menudo reflexionan sobre la necesidad imperiosa de mejorar los canales de comunicación entre sí. ¿Es obligación del médico utilizar un lenguaje “menos técnico” para conversar con sus pacientes? ¿Debería la mujer informarse sobre temas médicos que le atañen? ¿Propicia el intercambio médico la asimetría entre el profesional de la salud y su paciente? ¿Qué tan directo debería ser el diálogo entre ambos?

Si el lenguaje médico es un tema de por sí controvertido, el lenguaje ginecológico lo es aún más, debido a su carácter íntimo y, sobre todo, a que se encuentra inmerso en una serie de valores y creencias que poco tienen que ver con la salud femenina *per se*. La terminología utilizada en el campo semántico ginecológico, sobre todo en lo que se refiere a la sexualidad y a la actividad fisiológica, trae consigo tabúes que encubren palabras en forma de eufemismos y que han promovido el crecimiento de vocabularios separados para ambos sexos (Buxó, 1991: 88). Así, el comportamiento lingüístico de la mujer en lo que se refiere a qué decir, cómo y cuándo decirlo, parece estar mucho más restringido que el del hombre, atendiendo a un orden social prevaleciente que la presenta como parte de un grupo menos privilegiado.

En esta tesis me propongo explorar la *competencia sociolingüística* de mujeres mexicanas dentro de dos contextos médicos diferentes, el ginecológico y el pediátrico, a partir de su uso y conocimiento del vocabulario técnico especializado relacionado con estos campos. Escogí estos dos contextos debido a que,

aunque la mujer juega un papel relevante en ambos, su competencia sociolingüística exhibe importantes variaciones en cada uno.

Para poder apreciar la amplitud y relevancia que encierra el concepto de *competencia sociolingüística* resulta necesario reflexionar sobre el origen y la importancia de la dicotomía *competencia/actuación*. Fue el lingüista Noam Chomsky quien en 1965 introdujo la distinción entre el conocimiento gramatical subyacente o *competencia* y su manifestación en situaciones específicas o *actuación*. Su preocupación por la estructura ‘profunda’ surgió como reacción hacia el interés de los estructuralistas por las características superficiales de la lengua, como la fonología y la morfología (Savignon, 1983: 11). Para Chomsky (1965), *la competencia* es el conocimiento, determinado en buena medida por factores innatos, que un hablante tiene de su lengua.

El antropólogo y lingüista Dell Hymes fue uno de los primeros en señalar que la distinción *competencia/actuación* ignoraba si el significado sociocultural de un enunciado era apropiado o no a la situación o al contexto verbal en el que se utilizaba. El autor plasmó esta idea al expresar que “hay reglas de uso sin las cuales las reglas de la gramática serían inútiles” (1972: 10). De este modo, Hymes propuso una versión más amplia de la competencia que denominó *competencia comunicativa*, y que a su vez abarca la *competencia contextual* o sociolingüística y *la competencia gramatical*. En contraste con el hablante-oyente “ideal” de Chomsky, Hymes toma en cuenta al hablante real dentro de la interacción social. Muchos de los elementos que habían quedado fuera de la *teoría de competencia lingüística* de Chomsky pasaron a formar una parte integral de la *teoría de la competencia comunicativa* de Hymes (Savignon, 1983: 11-12).

La *teoría de la competencia comunicativa* emplea la noción de *evento de habla* para referirse a las actividades o aspectos de las actividades que están gobernados directamente por las reglas de uso del lenguaje y que sirven como base para analizar el significado social de un enunciado (Hymes, 1972). Para Hymes, el niño adquiere la *competencia comunicativa* cuando es capaz de llevar a cabo un repertorio de *actos de habla*, cuando participa en *eventos de habla*, y cuando puede evaluar el desenvolvimiento de los demás (1972). Como es de esperarse, las reglas que aplican a una conferencia no son las mismas que las que se asocian con una conversación privada o con una consulta médica, por ejemplo.

El lingüista Michael Halliday abona en la *teoría de la competencia comunicativa* con una nueva perspectiva: la *función* de la lengua. La *función* equivale al uso que se hace de la lengua; la preponderancia de lo que se dice sobre la forma gramatical del enunciado (1970). Más adelante propone la observación y el

análisis de los aspectos sociales o interpersonales de la lengua en términos de patrones de conducta que clasificó como *sociales* y *situacionales*. Los primeros se refieren a aspectos tales como la delimitación de fronteras dentro de las relaciones interpersonales y la definición de roles sociales. Los segundos o *situacionales* abarcan los contextos dentro de los cuales se utiliza la lengua (1973). Al igual que Hymes, Halliday enfocó su atención sobre lo que el hablante dice dentro de un determinado contexto social y no en las posibles producciones lingüísticas de un hablante “ideal” (1973 y 1978). Otro aspecto significativo de su propuesta fue el concepto de *potencial de significado*. Según el autor, el hablante tiene acceso a una serie de opciones semánticas que relacionan lo que el hablante es capaz de hacer en términos de conductas sociales y lo que puede decir en términos gramaticales (1973, 1978). Esta noción de *potencial de significados* socialmente restringidos es similar a la noción de *competencia comunicativa* de Hymes. Las aportaciones hechas por Halliday enriquecieron el *enfoque sociosemántico* de la lengua y su uso (Canale y Swain, 1980: 18-19).

Canale y Swain (1980) diseñaron la propuesta que integra elementos de la competencia comunicativa de Hymes y del modelo de análisis propuesto por Halliday, entre otros. Uno de los aspectos valiosos de su enfoque_ en términos de esta investigación_ radica en que distinguen cuatro componentes dentro de la competencia comunicativa: 1. *competencia gramatical*, 2. *competencia discursiva*, 3. *competencia estratégica*, y 4. *competencia sociolingüística*. Los autores afirman que para poder comprender el *significado* de los enunciados es preciso conocer las reglas que integran el *componente sociolingüístico*, “en particular cuando hay un nivel de transparencia bajo entre el significado literal de un enunciado y la intención del hablante” (Canale y Swain, 1980: 30). Canale y Swain concuerdan con Hymes sobre el papel crucial de la noción de *competencia sociolingüística* como elemento clave de una *teoría de competencia comunicativa*. Los autores aclaran que no existen bases teóricas para probar que alguno de los componentes que forman parte de su modelo sea más importante que otro (1980) Savignon (1983) coincide con Canale y Swain (1980) sobre la importancia de la *competencia sociolingüística* y también sobre la necesidad de comprender el *contexto social* en el que se utiliza la lengua. Es justamente este tipo de competencia la que capacita al hablante para emitir juicios de “adecuación” como, por ejemplo, qué decir en una situación dada, cómo decirlo, cuándo permanecer callado o cuándo parecer incompetente. Con respecto a esta última conducta, a la que haré referencia más adelante, Savignon menciona que en su infancia algunas madres solían aconsejarle

a sus hijas que actuaran de manera incompetente frente a los hombres para proporcionarles a estos últimos una sensación de superioridad (1983: 37). Dado el carácter integrativo de la perspectiva de Canale y Swain en torno de la *competencia sociolingüística*, dicho modelo es uno de los pilares de esta investigación.

La *sociolingüística* y la *pragmática* comparten áreas de interés común. Así como la sociolingüística ha contribuido a la pragmática, ésta última aún tiene mucho que ofrecer a la sociolingüística. En el proceso de comprender el significado social de ciertos patrones de uso lingüístico es necesario entender las propiedades y procesos que moldean el intercambio verbal (Levinson, 1983: 373). El *modelo de cortesía verbal* de Brown y Levinson (1987) representa un ejemplo de dicha relación y proporciona un marco de análisis pertinente al abordar el tema de la competencia sociolingüística femenina, concretamente dentro del contexto médico. La *cortesía*, entendida en términos de adecuación social, requiere de un conocimiento profundo de las expectativas ajenas. Para evitar resultados contradictorios o para producir los efectos deseados es necesario tener una idea precisa del probable curso de eventos y de sus posibles consecuencias (Escandell-Vidal, 1998). Me interesa, sobre todo, rescatar la *noción de imagen pública (face)* en sus vertientes positiva y negativa; los tres factores que definen el nivel de cortesía empleado: el *poder relativo*, la *distancia social* y el *grado de imposición*; y las estrategias que se pueden utilizar para evitar un *riesgo potencial* (Brown y Levinson, 1987).

Otro modelo social que surge de la intersección de la *pragmática* y la *sociolingüística* es el de Herbert Clark (1996). Su *teoría pragma-semiótica* del uso de la lengua toma en cuenta de dónde proviene el interlocutor y de qué manera su sistema de categorización influye en el resultado de los intercambios conversacionales. De hecho, la teoría de Clark se basa, en gran parte, en el significado que desea transmitir el hablante y lo que el oyente comprende, en el entendido de que los significados no surgen en un vacío ni toman lugar en línea recta (1996). El modelo de Clark resalta, de nueva cuenta, el *aspecto sociosemántico* del lenguaje y distingue *funciones* de la lengua que se asemejan a las propuestas por Halliday.

En resumen, son tres los ejes que sostienen esta investigación: el *componente sociolingüístico* del modelo comunicativo propuesto por Canale y Swain, los estudios de *cortesía* de Brown y Levinson y la *teoría pragmasemiótica* de Clark, para dar cuenta de la manera en que las mujeres mexicanas usan e interpretan el *vocabulario* empleado en el ámbito de la *ginecología* y de la *pediatría*, respectivamente, así como las posibles razones para las variaciones en dicho uso e interpretación.

II. Planteamiento y delimitación del problema

Mi interés en este trabajo consiste en descubrir qué factores sociales y lingüísticos afectan la comunicación médico-paciente. Dicha comunicación se ve entorpecida por deficiencias en la competencia léxica de la mujer que le impiden expresarse con claridad y apertura al hablar de temas íntimos como su cuerpo y, en especial, todo lo que se refiere a su salud ginecológica. Indagué si estas mismas dificultades están presentes a la hora de discutir temas vinculados con la salud del niño o de la niña con el pediatra, o si están reservadas para el área ginecológica solamente. Seleccioné el aspecto léxico de la competencia sociolingüística porque permea otros elementos que forman parte de dicha competencia. El análisis semántico, por su parte, me permitió captar datos valiosos acerca de las características del intercambio entre el médico y su paciente.

III. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1: La Competencia Sociolingüística

1. Modelo de Competencia Comunicativa de Canale y Swain

El eje principal sobre el cual se construye este trabajo de investigación es el *componente sociolingüístico* del *modelo de competencia comunicativa* propuesto por Canale y Swain (1980) y depurado por Canale en 1983. La definición y delimitación del concepto de competencia sociolingüística implica en sí una búsqueda vasta desde que Noam Chomsky propuso su dicotomía *competencia / actuación* (1965). No son pocos los autores ni tampoco las perspectivas desde las cuales se ha intentado caracterizar la *competencia sociolingüística*, la cuál ha sido descrita por Savignon (1983) como todo un “campo interdisciplinario”, una imagen mucho más amplia y compleja que la que se había manejado en el pasado. De los modelos propuestos, el de Canale y Swain (1980) y Canale (1983) proporciona las bases sobre las cuales se erige esta tesis. Dicho modelo se nutre de ideas expuestas, principalmente, por Hymes (1972) y por Halliday (1973, 1978), aunque también incorpora elementos de Campbell y Wales (1970) y de Savignon (1983). Con el fin de analizar las dimensiones del componente sociolingüístico dentro del modelo de competencia comunicativa de Canale y Swain, resulta necesario reflexionar sobre algunos de los elementos básicos que integran dicho modelo, iniciando con la *competencia* y la *actuación*.

1.1 Competencia vs. Actuación

Al hablar de competencia sociolingüística, se vuelve imprescindible un primer acercamiento a la dicotomía *competencia / actuación*. El problema al intentar definir las nociones de competencia y actuación no es nuevo ni tampoco sencillo de resolver. En palabras de Savignon “la confusión es, sin duda, inevitable” (1983: 1). Para fines de este trabajo, sólo haré una breve revisión en torno de las conclusiones alcanzadas por Cambell y Wales (1970) y Savignon (1983) con respecto a la dicotomía competencia / actuación, las cuáles sirvieron como base para el modelo de competencia comunicativa de Canale y Swain (1980) y de Canale (1983).

Cambell y Wales analizan el concepto de competencia en contraste con el de actuación de manera amplia, distinguiendo así tres acepciones. Para los autores “la competencia en cualquier campo equivale a [la] capacidad o habilidad, en contraposición a la actuación real, definida como un mero reflejo imperfecto de la capacidad subyacente” (1970: 259). Pero Cambell y Wales también hacen referencia a la idea más fuerte de competencia caracterizada por Chomsky (1965) y por los lingüistas generativos, y de la cual se han eliminado los factores limitantes generales que pueden aplicarse a muchas otras actividades similares a la que está siendo descrita. De acuerdo a Chomsky (1965),

Competence refers to the linguistic system (or grammar) that an ideal native speaker of a given language has internalized whereas performance mainly concerns the psychological factors that are involved in the perception and production of speech...

[Competencia se refiere al sistema lingüístico (o gramática) que un nativo hablante ideal de una lengua dada ha interiorizado mientras que actuación concierne principalmente los factores psicológicos que están involucrados en la percepción y producción del habla...] (Canale y Swain, 1980: 3)

Por último, los autores proponen una tercera noción de competencia más restringida y que, en su opinión, es la que Chomsky y los lingüistas generativos realmente quisieron describir y de la que se ha excluido “la habilidad para producir o entender locuciones que no son tanto gramaticales sino, lo que es más importante, adecuadas al contexto en que se producen” (1970: 260). Campbell y Wales señalan que la versión fuerte de la dicotomía competencia / actuación ignora el carácter apropiado de lo que se dice en cuanto al contexto verbal y situacional en el que se dice, aspecto que los autores consideran “la habilidad lingüística más importante.” (Canale y Swain, 1980: 4).

Como reacción a la versión fuerte de Chomsky, Campbell y Wales (1970) y Hymes (1972) proponen una noción más amplia de competencia que se denomina *competencia comunicativa* y que a su vez integra varias sub-competencias. Por un lado, la *competencia gramatical*, entendida como el conocimiento implícito y explícito de las reglas gramaticales, y por el otro, la *competencia contextual o sociolingüística*, es decir el conocimiento de las reglas de uso del lenguaje (Canale y Swain, 1980: 4). Hymes adopta de manera explícita la noción de actuación como el “uso real”, noción que Campbell y Wales abrazan de manera implícita (1980: 4). Hymes define la competencia como “el término más general para las capacidades de hablar y escuchar en una persona” (1972: 16). El autor considera que la competencia depende de dos aspectos principales: conocimiento (tácito) y (habilidad de) uso. Además acepta que la identidad grupal o social del individuo suele influenciar su habilidad de uso y, de esa manera, su competencia, idea que resulta medular en este trabajo de investigación.

Savignon, por su parte, explica de manera clara y sencilla la diferencia que existe a nivel conceptual entre competencia y actuación: la primera es la habilidad implícita del individuo y la segunda, la manifestación explícita de dicha habilidad. Competencia describe lo que “sabemos” y actuación lo que “hacemos” (1983: 9). Sin embargo, lo que intentamos decir y lo que logramos comunicar a menudo no son lo mismo, en gran parte porque el significado que transmitimos depende de que nuestro interlocutor comparta un conocimiento en común con nosotros. Para Savignon, la competencia depende del contexto. La competencia es, en sus propios términos, una noción relativa, ya que el grado de competencia comunicativa obedece a factores tales como la cooperación, el conocimiento en común, y la experiencia previa, entre otros. Si además aceptamos que la competencia es tanto el “conocimiento tácito” como la “habilidad” para usarlo, entonces debemos aceptar que los individuos varían en competencia, ya sea en uno o ambos aspectos (1983: 12). En términos de Savignon y de Campbell y Wales, este trabajo se inscribe en el área de la competencia con el propósito obligado de responder a cuestiones específicas vinculadas con la actuación. Terborg (2004) resume la importancia de la competencia al establecer que:

Competence seems to be the tool which helps us to be successful and this tool is part of the state of the world. So in a given community certain rules exist and the knowledge about these rules and their correct application makes speakers and hearers successful.

[La competencia parece ser la herramienta que nos ayuda a alcanzar el éxito y esta herramienta es parte del estado del mundo. Así en una comunidad determinada existen ciertas reglas y el conocimiento de dichas reglas y su correcta aplicación hace que hablantes y oyentes resulten exitosos] (2004: 4)

Para comprender el modelo de Campbell y Wales resulta imprescindible revisar el trabajo de Hymes y de Halliday, debido a que ambos autores se ocuparon de analizar la relación entre el contexto social, la gramática y el significado social (Canale & Swain, 1980: 19; Munby, 1981: 21). A continuación, hago referencia a ciertos aspectos del trabajo de estos dos autores que considero importantes para esta investigación: en el caso de Hymes, su *teoría de la competencia comunicativa* y su *análisis de la etnografía del habla*; en el caso de Halliday, *su teoría de los significados sociales*.

1.2 Dell Hymes

1.2.1 Competencia Comunicativa

Canale y Swain rescatan aspectos importantes de la noción de competencia sociolingüística de Hymes a través de su *teoría de competencia comunicativa* y su *análisis de la etnografía del habla* (1980: 15 y 16), al tiempo que adoptan las unidades sociales de *contexto*, *apropiado vs inapropiado* y *registro*. Hymes acuñó la frase *competencia comunicativa* para describir el repertorio de habilidades y conocimientos que cada uno de nosotros desarrolla a medida que ocupamos nuestro lugar dentro de una comunidad lingüística en particular y que nos permite entendernos en cualquier circunstancia. Dentro de su teoría de competencia comunicativa, Hymes identifica cuatro tipos de habilidades:

- 1) Si algo es formalmente posible y hasta qué punto;
- 2) Si algo es viable en términos de implementación y hasta qué punto;
- 3) Si algo es apropiado en relación con el contexto dentro del cual se utiliza y se evalúa y hasta qué punto;
- 4) Si algo se lleva a cabo, es decir, si toma lugar realmente, hasta qué punto, y qué consecuencias trae.

(1972: 12).

Hymes afirma que cualquier integrante “normal” de una comunidad tiene tanto el conocimiento como la capacidad con respecto a estos cuatro planos que deben integrar una teoría lingüística, comunicativa y cultural (Munby, 1981: 15). El hecho de que el componente gramatical sea sólo uno de los cuatro propuestos por Hymes indica su rechazo hacia la visión restringida de Chomsky, rechazo que, de acuerdo a Munby (1981: 9), Hymes comparte con Jakobovits, Widdowson, Cooper y otros.

Canale y Swain resumen su propio modelo como la intersección de los sistemas *gramatical* (lo que es formalmente posible), *psicolingüístico* (lo que es viable en términos de implementación), *sociocultural* (lo que es apropiado en relación con el contexto dentro del cual se utiliza y evalúa) y *probabilístico* (lo que realmente sucede). Los últimos dos sistemas son particularmente relevantes para esta investigación tanto en el aspecto teórico como en el experimental, como se podrá apreciar más adelante.

Además de su teoría de *competencia comunicativa*, el modelo de Canale y Swain hace referencia al trabajo de Hymes sobre la *etnografía del habla*.

1.2.2 Etnografía del habla

El segundo aspecto del trabajo de Hymes al que Canale y Swain hacen referencia en su modelo es la descripción de la *competencia sociocultural*, es decir, los juicios sobre el carácter apropiado o inapropiado de una expresión (*utterance*) determinada en un contexto social dado. La *etnografía del habla* como Hymes (1962) denominó a este campo de investigación, estudia los factores y las reglas que forman parte de la estructura del habla o de la comunicación dentro de un grupo humano y que sirven de base para el análisis del significado social de toda expresión (*utterance*) (1980: 16). La investigación en este campo busca descubrir, entre otras cosas, qué es lo que un hablante necesita para comunicarse de manera apropiada dentro de una comunidad lingüística en particular y cómo lo aprende (Coates, 1996: 14). Hymes otorga a los factores socioculturales un lugar preferencial dentro de su conceptualización de una teoría lingüística, expresando la necesidad de incluir dichos factores de manera “explícita y constitutiva” (1972: 3). Este hecho se ve reflejado cuando Hymes insiste en dar cuenta de cómo un niño adquiere oraciones no sólo *gramaticales* sino también *apropiadas* a una situación dada. Al referirse a oraciones *apropiadas* resulta interesante aprender que Chomsky también se refirió a dicho término al hablar de la *relación entre oraciones, eventos de habla y contexto de situación* (1972: 13). Lo *apropiado* o *inapropiado* debe analizarse en términos de quién

participa, dónde, a través de qué canal, y qué género, entre otros. Lo que es de esperarse, es que una persona monolingüe maneje diferentes variedades dentro de su propia lengua. “Como miembros competentes de una comunidad de habla, nos damos cuenta inmediatamente si alguien se equivoca” (Coates, 1996: 268). Si estamos conscientes del *contexto* o *situación* en la que nos hallamos y tenemos experiencia propia en *situaciones* o *contextos* similares, es probable que tengamos éxito al intentar comunicarnos. Cuando la comunicación entre dos o más personas toma lugar en *contextos* o *situaciones* desconocidos, entonces necesitamos poner en práctica el uso de *registros* o *estilos* lingüísticos apropiados (1983: 78). Dentro de esta discusión sobre lo que significa que una conducta lingüística sea o no *apropiada*, resalta la idea de la “*competencia para la incompetencia*”, la cual aplica, por ejemplo, a las mujeres que son capaces de entender registros diferentes pero que, al expresarse, lo hacen en el registro que consideran adecuado al *contexto* o *situación*. Hay una manipulación de su propia *competencia* que puede responder a una serie de factores, tales como su identidad grupal o social. De esa manera, las reglas que regulan lo que es *apropiado* o no involucran más que lo que se dice o que la manera en que se dice. También regulan la ocurrencia del *silencio* e, incluso, el momento de parecer “*incompetente*”, como se verá más adelante.

El *estilo* o *registro* es otra de las unidades sociales relevantes al referirnos a la *competencia comunicativa*. Es un criterio de especialización en el uso que depende, en gran parte, de juicios cualitativos sobre lo que se considera *apropiado* o *inapropiado*. Hymes observa que los estilos a menudo deben describirse de acuerdo a la selección de patrones de habla, selección que se aplica de manera global al discurso. Según el autor, la *variedad* o *registro* tiene prioridad como punto de partida en la observación de las formas de hablar en una comunidad (en Gumperz y Hymes, 1972: 57). La aceptabilidad o inaceptabilidad de un *registro* o *estilo* depende de la *comunidad de habla*, la cuál traza el límite entre lo que es permisible y lo que no lo es. Dicho límite puede variar con el tiempo. De hecho, el límite puede llegar a ser una decisión a nivel de cultura personal, y no comunitaria.

Cuando Hymes hace referencia a las reglas que rigen el habla, se refiere a las formas en que los hablantes relacionan ciertos modos particulares de hablar o ciertos temas con contextos y actividades específicos. Existen actitudes y conocimientos subyacentes a estas relaciones (1972: 36). La *etnografía del habla* estudia el significado en *contexto*, el cual refleja las actitudes de los hablantes entre ellos y con el tópico (1972: 37). Su objetivo radica en brindar explicaciones sobre el lenguaje en situaciones de la vida real, en contraste con

descripciones abstractas, basándose, como unidad de análisis, en el *acto de habla* y, por ende, en el *evento de habla*, los cuales trato a continuación.

1.2.2.1 El acto de habla

Resulta necesario dentro del marco teórico de esta investigación, retomar los aspectos más relevantes del trabajo del filósofo británico J.L. Austin (1962, 1970) con respecto a los principios que rigen el uso lingüístico. Austin estableció la distinción entre oración y enunciado señalando que la oración es una estructura gramatical abstracta, o sea, que no ha sido llevada a cabo; los enunciados, en cambio, son tipos de acciones emitidas por un hablante en particular en una situación concreta. Austin afirma que “los enunciados se hacen; las palabras o las oraciones se usan” (1970: 121).

La diferenciación entre oración y enunciado constituye el punto de partida de la teoría de los enunciados realizativos (*performative utterances*) la cual propone una fuerte conexión entre el lenguaje y la acción siguiendo principios de conducta convencionalmente establecidos. Los enunciados *realizativos* no pueden juzgarse como verdaderos o falsos, pero sí como adecuados o inadecuados. Éstos se oponen a los enunciados *constatativos* que sí describen el estado de las cosas y que pueden ser evaluados en términos de verdadero o falso.

Otra importante aportación de Austin es la tricotomía de los actos *locutivos*, *ilocutivos* y *perlocutivos*. El acto *locutivo* se realiza por el solo hecho de “decir algo”, de emitir ciertas palabras en un orden y con un cierto significado. El acto *ilocutivo* es el que realizamos cuando decimos algo (*in saying something*). No es lo mismo que estemos dando un consejo, una orden o que estemos amenazando a alguien. La diferencia radica en cómo estamos usando el enunciado. Por último, el acto *perlocutivo* es el que se relaciona con haber dicho algo (*by saying something*) y se refiere a las consecuencias del enunciado. La distinción entre los tres tipos de actos debe considerarse a nivel teórico ya que, en realidad, los tres se producen al mismo tiempo.

Searle(1969) integró las ideas propuestas por Austin dentro de la *teoría de los actos de habla*. El supuesto fundamental de dicha teoría es

[Hablar una lengua es tomar parte en una forma de conducta (altamente compleja) gobernada por reglas.

Aprender y dominar una lengua es (inter alia) haber aprendido y dominado tales reglas] (1969: 22)

Aunque Searle comparte la idea base de Austin, también incluye un segundo aspecto que no estuvo presente en su teoría: todo el lenguaje está controlado por reglas, no sólo ciertos tipos de actos convencionales. El elemento central de la teoría propuesta por Searle es el *acto de habla*, la unidad mínima de la comunicación lingüística. La *fuera ilocutiva* y la forma lingüística están íntimamente ligadas. Esto nos lleva a entender que hay una relación sistemática entre un tipo de *acto de habla* y su forma lingüística, por ejemplo, entre una orden y el imperativo.

La teoría de los actos de habla no estuvo libre de críticas y sufrió una serie de modificaciones desde que Searle la propuso en 1969. Sin embargo, sus ideas contribuyeron de manera importante al estudio del uso del lenguaje en el área comprendida entre la semántica y la pragmática. El *acto de habla* resulta una útil herramienta de descripción y análisis a la se hará referencia a lo largo de este trabajo de investigación.

1.2.2.2 El evento de habla

La unidad mínima de descripción y análisis dentro de la *etnografía del habla* es el *acto de habla*, un nivel distinto del de la oración que, a su vez, integra el *evento de habla*. El *acto de habla* no puede identificarse con un segmento o porción de un tamaño en particular definidos en otros niveles gramaticales (Hymes, 1972: 56-57). El estatus de una emisión (*utterance*) en particular puede determinarse a partir de la entonación que se utiliza (Por favor... ¡Por favor!), con su forma convencional que la puede caracterizar como una orden, una invitación, o una advertencia (Esta es la última vez que te lo digo...), el lugar en el que se ubica dentro de una conversación (Sí, para contestar a una pregunta o sí? para iniciar una conversación telefónica), o la relación entre los participantes (una solicitud emitida por el jefe, funciona como una orden para su subalterno).

El *evento de habla* se refiere a las actividades o aspectos de las actividades directamente regidas por las normas de uso del lenguaje (Hymes, 1972: 56). Un *evento de habla* puede consistir en un solo *acto de habla* o en un conjunto de ellos. Dentro de cada *acto de habla* y, como resultado, dentro de cada *evento de habla*, Hymes enlista una serie de componentes constitutivos que facilitan el análisis de dicho acto o evento. Los componentes son: *participantes* (hablante/oyente, emisor/receptor), *contexto* (tiempo y lugar físicos), *escena* (contexto psicológico o cultural), *forma del mensaje* (la descripción lingüística del mensaje), *tema* (de qué se trata el mensaje), *propósito* (objetivo, intención), *tono* (serio, cómico, etc.), *canal* (oral, escrito), *código*

(lengua o variedad de la lengua), *normas de interacción* (nivel de la voz, cuándo y cómo interrumpir, distancia física entre participantes), y *normas de interpretación y género* (conversación casual, poema, rezo, carta) (Hymes, 1967: 58-63).

El evento de habla que se analiza en este trabajo es la consulta médica y, en particular, el vocabulario propio de dos consultas médicas en las que la mujer juega un rol medular: la pediátrica y la ginecológica. En resumen, la *etnografía del habla* proporciona los elementos esenciales para analizar la competencia sociolingüística de la mujer dentro del *evento de habla* de la consulta médica, la cual se describe en mayor detalle a continuación.

1.2.2.3 La consulta médica como evento de habla

Los estudios realizados con el propósito de analizar la consulta médica como *evento de habla* ponen de manifiesto una serie de elementos consistentes de una consulta médica a otra. Dichos estudios revelan que tanto el médico como el paciente llevan a cabo funciones lingüísticas específicas que típicamente han adquirido a lo largo de su experiencia (Zuocheng & Wei, 2002: 334). El doctor es quién hace las preguntas, diagnostica y recomienda un tratamiento, mientras que el paciente responde a las preguntas que se le formulan y escucha (Ranney, 1992: 28). Son muchos los investigadores que sugieren que el intercambio entre paciente y médico por lo general sigue un patrón constituido por: (1) la pregunta por parte del doctor; (2) la respuesta por parte del paciente y (3) la retroalimentación opcional por parte del médico (Wynn, 1996). En dicho estudio se identificaron seis fases consecutivas en la consulta médica: 1. El doctor establece una relación con el paciente; 2. el doctor intenta descubrir o descubre la razón por la cual el paciente lo va a ver; 3. el doctor lleva a cabo una revisión verbal, física o ambas; 4. el doctor, el doctor y el paciente, o el paciente (en orden de probabilidades) considera la condición del paciente; 5. el doctor, y ocasionalmente, el paciente, explica detalladamente el tratamiento o lo que se debe averiguar; 6. la consulta se da por terminada (esto lo hace el doctor, por lo general) (Zuocheng y Wei, 2002: 334). Los autores denominan a las tres primeras fases “de diagnóstico” y a las siguientes tres “de prescripción”. Dependiendo del contexto dentro del cual toma lugar la consulta y del conocimiento previo del paciente hacia el malestar que le aqueja o hacia el médico que le atiende, es posible que cuestione un tratamiento, interroge al médico sobre efectos secundarios de un medicamento o averigüe la posibilidad de tratamientos alternativos, por ejemplo. Lo que sí es un hecho, es

que el diagnóstico y tratamiento dependen, en gran parte, de la precisión con la que el paciente transmite información al médico y sigue las instrucciones que éste último le da. Aún cuando doctor y paciente pertenecen a una misma cultura y hablan un mismo idioma, la comunicación entre ellos se ve limitada por factores de inequidad en el discurso de ambos.

Fisher (1998: 104) describe el *discurso terapéutico* como “una forma de conducta rutinaria” que posee límites bien definidos. Labov y Fanshel (1977: 32) la describen como un intercambio asimétrico que tiene su origen en la desigualdad que existe entre ambos actores y en el control de uno sobre otro. Ten Have también analiza un conjunto de asimetrías que parecen moldear el patrón de intercambio durante la consulta médica (1991). Waitzin y Waterman (1974) se refieren a esta asimetría como “*competence gap*”. Al respecto, Terborg (2004: 1) afirma que la *asimetría* y el *poder* son causantes de gran cantidad de problemas de índole lingüística. El paciente se siente presionado por su propio interés en mejorar su salud física y, sin embargo, no posee el control necesario para hacerlo. Depende del médico quien, a su vez, no está tan presionado ya que no se encuentra involucrado en el problema, en otras palabras, no es su salud la que está en juego. Este desequilibrio facilita el poder del doctor sobre su paciente y, de esta manera, el control que el médico ejerce sobre el intercambio lingüístico entre ambos (Coulthard & Ashby, 1975; Fisher, 1984; Frankel, 1984; Ranney, 1992).

El médico y el paciente se incorporan a este *evento de habla* con recursos lingüísticos diferentes: el lenguaje que el médico domina y que el paciente a menudo ignora o sencillamente no comprende de manera plena. El vocabulario especializado es el léxico profesional del médico, mientras que para el paciente la manipulación de dicho vocabulario requiere una habilidad extra que con frecuencia no ha sido desarrollada. La consulta médica se parece a otros *eventos de habla* porque está estructurada, es predecible, y está organizada en torno a ciertos temas; sin embargo, es diferente ya que la participación y la comprensión que el paciente posee sobre lo que sucede durante la consulta tiene un impacto sobre las decisiones que toma con respecto a su propia salud. El paciente accede al evento de la consulta médica desde una posición inferior (Fisher, 1998: 105).

Ranney (1992) afirma que la incapacidad del paciente para comunicarse de manera concisa con el doctor daña la calidad de la atención médica que se le brinda. Según la autora, el paciente ideal es aquél que tiene la aptitud tanto de comunicarse con el médico como de comprender lo que el médico le dice. Uno de los

objetivos más valuados tanto por médicos como por pacientes es el intercambio eficiente y explícito de información entre ambos (Street, Jr., 1991). Según el autor, el proceso de recabar información es imprescindible para que el médico realice el diagnóstico y proponga el tratamiento; mientras que para el paciente, el hecho de poder proporcionar y recibir información alimenta su comprensión del problema así minimizando su propia incertidumbre y preocupación.

En suma, el análisis de la consulta médica como *evento de habla*, nos permite identificar una serie de características que se repiten de una consulta a otra. Son varios los autores que coinciden en que el intercambio entre médico y paciente sigue un patrón más o menos predecible y que el discurso entre ambos suele ser desigual, ya que, por lo general, médico y paciente se incorporan al *evento de habla* de la consulta con recursos lingüísticos diferentes. Esta asimetría puede afectar la calidad de la atención médica que el paciente recibe, como trataré de demostrar más adelante.

El modelo de Campbell y Wales (1970) incorpora conceptos importantes que Hymes trata dentro de su teoría de *competencia comunicativa* y de su análisis de la *etnografía del habla*. Los autores también hacen referencia a las *funciones* del lenguaje introducidas por Halliday (1970) como se expone a continuación.

1.3 Halliday y los significados sociales

Al igual que Campbell y Wales (1970), Halliday (1978) insiste en que la noción de *competencia* incluye, más que la habilidad gramatical, la habilidad o capacidad comunicativa del hablante. Munby (1981) afirma que Halliday rechaza la dicotomía *competencia / actuación* y propone el concepto de *potencial de significado* el cual agrupa tanto lo que “sabemos” como lo que “hacemos” (1978: 55-57). Existe cierta correspondencia entre las ideas de Campbell y Wales sobre la *competencia* y la noción de *función* de Halliday.

Halliday contribuye al tema de la *competencia comunicativa* al referirse a las *funciones* del lenguaje. Para entender las *funciones* que se llevan a cabo a través de la lengua, es indispensable analizarla dentro de su *contexto situacional*. Los términos *contexto situacional* y *contexto cultural* fueron utilizados por primera vez por Malinowski (1923, 1935) quién se lo heredó a su colega Firth (1930, 1937). La distinción que hace Malinowski entre ambos contextos resulta un interesante punto de partida para estudios sociolingüísticos como éste. Si aceptamos la idea del lenguaje como un conjunto de opciones disponibles para el individuo, el *contexto cultural* es el medio ambiente del conjunto total de estas opciones, mientras que el *contexto*

situacional es el medio ambiente para un conjunto definido de opciones que escogemos del total de dichas alternativas. La diferenciación realizada por Malinowski entre *contexto cultural* y *situacional* equivale al contraste entre *potencial* y *real* (1978: 57).

El repertorio verbal de un individuo o de un grupo de individuos proviene del abanico de usos sociales de la lengua en el contexto de una cultura en particular (1978: 89). Para Halliday, aprender una lengua es aprender sus usos y el *potencial de significados* asociados con dichos usos. Aprender la lengua es aprender a expresar el significado de la lengua. Cuando jugamos ajedrez, por ejemplo, el lenguaje es mucho más restringido que cuando hablamos con el médico. Sin embargo, aún en el intercambio verbal con el médico existen ciertos patrones limitados por el contexto, es decir, fórmulas de interacción más o menos prescriptas. El autor afirma que la “naturaleza del lenguaje está íntimamente relacionada con las exigencias que le hacemos, con las funciones que debe cumplir” (1978: 27). Dentro de este marco, Halliday analiza la noción de *acto de habla*, la cual define como una selección simultánea de entre un gran número de opciones interrelacionadas. Es decir que el hablante cuenta con un abanico de opciones posibles a partir de las cuáles escoge la que le conviene, siempre dentro de un marco situacional, nunca de manera aislada. Aunque las opciones que posee el hablante son numerosas, éstas se agrupan en redes que corresponden a *funciones específicas* del lenguaje y que Halliday clasifica como *función ideacional*, *función interpersonal*, y *función textual*. La *función ideacional* describe el uso del lenguaje para expresar contenido. Esta función le permite al hablante estructurar su experiencia y determinar su visión del mundo real. La *función interpersonal*, en cambio, es la que le sirve al hablante para definir y mantener las relaciones sociales resultantes de su interacción con otros individuos. Es a través de esta función que el hablante manifiesta y asume diferentes roles sociales y además refleja su personalidad. Por último, la *función textual* del lenguaje provee al hablante o escritor de herramientas para construir textos que el autor define como “pasajes conexos de discurso vinculado a la situación” (1978: 64-67).

En resumen, Halliday afirma que para englobar las tres *funciones del lenguaje* y, por consiguiente, todos los *constituyentes del significado*, es necesario estudiar el lenguaje dentro de un *contexto situacional* dado, elemento indispensable para cualquier análisis sociolingüístico. Para Canale y Swain el trabajo realizado por Hymes y Halliday es relevante debido a su preocupación por la interacción entre el *contexto*, la *gramática* y el *significado social* (1980: 19), aspecto que se retoma en la siguiente sección.

1.4 Descripción del modelo de Canale y Swain

A partir de las diferencias en la conceptualización de las nociones de *competencia* y de *actuación*, se suscitan discusiones sobre los componentes de la *competencia comunicativa*. Las diferentes teorías de *competencia comunicativa* varían en el énfasis que le atribuyen a los componentes que las integran. Es por ello, que este trabajo de investigación se sostiene sobre el modelo de Canale y Swain.

Canale y Swain (1980) y Canale (1983) propusieron y detallaron un *modelo de competencia comunicativa* que sobresale, principalmente, porque aglutina varios enfoques importantes y porque ubica elementos tales como la *competencia gramatical*, en perspectiva con la idea global de *competencia comunicativa* (1980: 35). El marco de análisis de Canale y Swain consiste en cuatro *competencias constitutivas*: *competencia gramatical*, *competencia discursiva*, *competencia estratégica*, y *competencia sociolingüística*. Savignon coincide en que el marco de análisis propuesto por los autores amerita especial atención debido a que combina diferentes enfoques sobre la *competencia comunicativa* y a que ubica a la *competencia lingüística o gramatical* en perspectiva con las otras tres competencias dentro de un panorama más amplio, y sin asignar especial relevancia a una competencia sobre otra (1983: 35). En las siguientes secciones se describe cada una de dichas competencias.

1.4.1 Competencia Gramatical

La competencia gramatical describe el dominio del código lingüístico, es decir, nuestra habilidad para reconocer y manipular los elementos lexicales, morfológicos, sintácticos y fonológicos de la lengua. Tanto Canale y Swain (1980) como Savignon (1983) hacen hincapié en que esta competencia no está asociada con una teoría gramatical en particular y en que no asume la capacidad de formular las reglas de la lengua explícitamente. El hablante demuestra su *competencia gramatical* al usar la lengua, acto durante el cual aplica las reglas de dicha lengua. Savignon (1983: 36) describe la progresión de las descripciones gramaticales durante la historia, pasando por las gramáticas tradicionales, la gramática estructural, y la gramática generativa. Aunque las descripciones han variado, el autor asegura que las diferentes gramáticas han perseguido un mismo objetivo: la descripción adecuada de la lengua a nivel de las características formales de la oración. La *competencia gramatical* es, tal vez, el aspecto de la lengua con el que estamos más

familiarizados y representa, definitivamente, el sentido que Chomsky persigue a través del concepto de *competencia lingüística*.

1.4.2 Competencia Discursiva

La competencia discursiva es la que nos permite comprender la relación entre una serie de oraciones o expresiones como parte de una unidad significativa. Para captar la idea principal de un párrafo, de un capítulo, o de un libro; para resumir el tema de discusión de una conversación o de una conferencia; para interpretar el significado de una carta o de un documento escrito, se requiere de la *competencia discursiva*. Es así como parte de esta competencia depende de la identificación de patrones organizacionales en el discurso tanto oral como escrito; de reconocer que dichos patrones varían de acuerdo al contexto en el que se utilizan; y, finalmente, de que el *significado global* del texto siempre supera la suma de sus partes.

La *competencia discursiva* también incluye las reglas de coherencia y cohesión que hacen que un texto funcione como una unidad. La *coherencia* describe la relación entre todas las oraciones de un texto en torno de una idea global. La *cohesión* en el texto consiste en conexiones locales o vínculos estructurales entre las oraciones individuales. Los pronombres, las conjunciones, los sinónimos, las elipses, las comparaciones y las estructuras paralelas funcionan como elementos de cohesión (1983: 39).

Por último, la *competencia discursiva* depende del conocimiento del código lingüístico, del conocimiento de la estructura discursiva, del conocimiento del contexto social y del conocimiento compartido entre los interlocutores. Los dos últimos elementos resultan puntos en común entre esta competencia y la *competencia sociolingüística* que describiré más adelante.

1.4.3 Competencia Estratégica

El conocimiento y dominio de nuestra lengua materna nunca es lo suficientemente perfecto como para estar completamente exento de fallas y/o lagunas. A menudo nos encontramos con palabras que desconocemos o cuyo significado no tenemos claro. Asimismo, el cansancio, los nervios y la distracción pueden obstaculizar nuestro desempeño tanto oral como escrito al igual que la presencia de personas o contextos poco familiares. Para compensar estas fallas y/o limitaciones contamos con una serie de estrategias tales como el parafraseo, la circunlocución, la repetición, el énfasis, las expresiones de duda (Mm...este...),

así como el evitar un cierto tema o palabra, modificar el mensaje o aventurarnos a descifrar términos desconocidos. Estas tácticas nutren nuestra *competencia estratégica* y nos permiten, finalmente, hacer frente a las demandas de la situación comunicativa.

1.4.4 Competencia Sociolingüística

La *competencia sociolingüística* le permite al hablante desenvolverse apropiadamente dentro de un *contexto social* en particular, tomando en cuenta el rol de los participantes, la información que comparten, y la *función* del intercambio que tiene lugar entre ellos (1983: 37). El estudio de la *competencia sociolingüística* no puede trazarse a un campo en particular, ya que su naturaleza es interdisciplinaria. Sin embargo, la *competencia sociolingüística* de un nativo hablante puede traducirse en juicios sobre el carácter *apropiado* o *inapropiado* de lo que dice, de cómo lo dice y dentro de qué *contexto social*. Asimismo, es esta competencia la que nos dicta cuándo hablar y también cuando permanecer callados. Savignon (1983) hace referencia a esta “*aparente incompetencia*” como un principio de buenas costumbres que algunas mamás de su época les enseñaban a sus hijas como una herramienta para suscitar el sentimiento de superioridad en los hombres. Savignon también cita a Saville-Troike (1982) quien sostiene que en algunas comunidades se considera apropiado dudar e inclusive equivocarse voluntariamente frente a un interlocutor que se percibe como más poderoso (en términos de ocupación y/o autoridad).

Canale y Swain afirman que la noción de *competencia sociolingüística* es parte fundamental de la *competencia comunicativa* tanto como la *competencia gramatical* (1980: 17). Una de las hipótesis sobre las cuales se basa este modelo es que la relación entre lo que decimos y su valor social, varía según el *contexto sociocultural* y *discursivo*. Para los autores la comunicación consiste en un proceso constante de “evaluación y negociación de los significados sociales” entre los participantes (1980: 29). Asimismo, Canale y Swain citan a Palmer (1978) al decir que “la comunicación genuina incluye la ‘reducción de incertidumbre’ por parte de los participantes” (1980: 29).

En el modelo propuesto inicialmente por Canale y Swain (1980), la *competencia sociolingüística* incluía tanto *reglas socioculturales* como *discursivas* (más adelante *competencia sociolingüística* y *discursiva*, respectivamente). Ambos tipos de reglas son indispensables al interpretar emisiones que conllevan *significado social*, en particular cuando el nivel de transparencia entre lo que se dice literalmente y lo que se

intenta decir no es claro (1980: 30). El conjunto de *reglas socioculturales* tiene dos objetivos principales: en primer lugar, precisar hasta qué punto una proposición y la función comunicativa que cumple resultan *apropiadas* dentro de un *contexto sociocultural* determinado y dependiendo de los factores contextuales que Hymes delineó como componentes de un *evento de habla*. En segundo lugar, atender hasta qué grado una forma gramatical específica dentro de un *contexto sociocultural* dado comunica la actitud y el *registro* o *estilo apropiados* (1980: 30). Por ejemplo, no corresponde a una enfermera contradecir el diagnóstico del médico ni a un médico tutear al paciente (a menos que sean amigos).

Cazden (1966) relaciona esta *competencia* del adulto con la *clase social*, la cual califica de relevante en el desarrollo de variedades lingüísticas funcionales. Hymes, en cambio, define esta habilidad en términos de versatilidad:

“The more versatile users of a language have lexical and syntactic knowledge which others do not”

[Los hablantes más versátiles de una lengua tienen un conocimiento léxico y sintáctico que otros no poseen] (1972: 7)

En su artículo *Competence and performance in linguistic theory* (1972), Hymes resume las tres suposiciones sobre las cuáles se debe erigir una teoría esencialmente sociolingüística. Dos de las tres suposiciones que el autor resume, se aplican directamente al modelo propuesto por Canale y Swain y, a su vez, a este trabajo:

- ❖ Cada relación social implica la selección y la creación de medios comunicativos considerados específicos y apropiados por los participantes;
- ❖ Los medios comunicativos disponibles en una relación condicionan su naturaleza y resultado.

El *componente sociolingüístico* del modelo de Canale y Swain da cuenta de ese conocimiento que el hablante necesita desarrollar para funcionar como miembro competente de una comunidad lingüística particular. Las aportaciones de Hymes y Halliday a través de sus respectivas teorías lingüísticas y su énfasis en el contexto social proveen las bases de este modelo y lo convierten en uno de los pilares de esta investigación, junto con la *teoría sociopragmática* de H. H. Clark y la *teoría de la cortesía* de Brown y Levinson que se exponen a continuación.

CAPÍTULO 2: El modelo sociopragmático de H.H. Clark

2.1 Bases teóricas

El *modelo sociopragmático* de H.H. Clark (1996) constituye otro de los ejes teóricos de esta investigación. La premisa de este modelo es que el lenguaje es una forma de acción conjunta, es más que la suma de lo que dice el hablante y lo que oye su interlocutor. Para el autor, el uso del lenguaje implica procesos individuales y sociales. Es decir que, para que la comunicación tome lugar, los participantes deben hacer cada uno su “trabajo” a la vez que necesitan funcionar como equipo.

Según Clark, existe una variedad de contextos o “*arenas*” en las que la gente hace cosas con el lenguaje. Dichos *contextos* puede ser *personales, mediados, privados o institucionales*, por ejemplo. Pero cualquiera que sea la naturaleza del *contexto*, los participantes deben compartir un conocimiento en común, una serie de datos, creencias y suposiciones que el autor denomina *common ground* (1996: 12). Este conjunto de conocimientos comunes a ambos participantes permite la mediación entre lo que el hablante quiere decir y lo que su interlocutor entiende. El *conocimiento en común* cambia y se incrementa a lo largo del intercambio entre los participantes.

El *modelo sociopragmático* de Clark se erige sobre seis proposiciones principales (1996: 23 y 24):

1. El lenguaje se utiliza, fundamentalmente, para fines sociales. Los individuos no sólo hablamos sino que llevamos a cabo acciones de diferente índole a través del lenguaje. El lenguaje cumple una función instrumental dentro de las diferentes actividades sociales de los seres humanos.
2. El uso del lenguaje es una especie de acción conjunta. Cualquier actividad relacionada con el lenguaje requiere de por lo menos dos participantes que pueden ser individuos, instituciones, o personajes ficticios en una novela, por ejemplo. Dichos participantes realizan una actividad coordinada que involucra más que sus objetivos individuales.
3. El uso del lenguaje siempre incluye el significado que quiere transmitir el hablante y lo que entiende su interlocutor. Cualquier intercambio lingüístico conlleva cierta intención por parte del hablante que espera que su interlocutor reconozca. Hay un proceso de producción e identificación de señales entre los participantes.
4. El *contexto básico* de uso del lenguaje es la conversación cara a cara. Para Clark la conversación es la base del uso del lenguaje, de la cual se derivan otros *contextos*.

5. El uso del lenguaje a menudo consiste en más de una capa de actividad. Aunque la conversación en su forma más básica ocurre en un solo nivel, muchos otros intercambios lingüísticos incluyen más de un dominio de acción. De hecho, cuando repetimos lo que otra persona que no está presente dijo, o cuando relatamos un hecho pasado, estamos funcionando a diferentes niveles o *dominios*.
6. El estudio del lenguaje es una ciencia tanto cognitiva como social. El autor insiste en que el uso del lenguaje no puede ser analizado en toda su complejidad si se toma en cuenta solamente al individuo con sus pensamientos y acciones o a la situación conjunta, sin ver qué es lo que cada participante ofrece. Por tal razón, insiste en que el estudio del lenguaje debe considerarse como una ciencia tanto cognitiva como social.

El modelo propuesto por Clark expresa de manera definitiva la necesidad de analizar la comunicación a través de un *filtro social y cognitivo*.

Los individuos incorporan dos tipos de datos dentro del *conocimiento en común*: datos que provienen de la comunidad cultural a la cual pertenecen y datos que surgen a partir de sus experiencias directas con otras personas. Clark denomina al primer tipo de datos *communal common ground* y al segundo, *personal common ground*. El primer conjunto de datos o *communal common ground* se nutre a partir de nuestra categorización de las personas por su nacionalidad, profesión, actividades extracurriculares, inclinaciones políticas y/o religiosas, e idioma. Es decir que al conocer a alguien hacemos ciertas predicciones basándonos en sus características personales y lo ubicamos como miembro de una comunidad cultural, religiosa y/o profesional. Claro que la información que poseemos sobre una comunidad cultural en particular en gran parte depende de si somos miembros de dicha comunidad o fuereños. El grado de pertenencia a una comunidad cultural depende de la información compartida (*shared expertise*) por los integrantes de esa comunidad que no comparten las demás comunidades. Cada miembro de la comunidad asume que los demás miembros poseen el conjunto de datos, procedimientos, creencias, normas y suposiciones que forman parte del *common ground*. Cabe aclarar que no toda la información compartida tiene la misma relevancia. Hay información central que se infiere casi con seguridad que todos los integrantes de la comunidad poseen, e información periférica. Dentro de este acervo de información compartida se encuentran las siguientes categorías: nacionalidad, lugar de residencia, nivel educativo, ocupación, empleo, lengua, religión, asociación política, grupo étnico,

subcultura y género (1996: 103). Todos pertenecemos a varias comunidades al mismo tiempo, ya que todos tenemos una nacionalidad, una ocupación y una lengua, por ejemplo.

Clark enfatiza que una comunidad es más que un grupo de gente ya que sus miembros comparten información que los asocia o relaciona. De este modo, la comunidad existe a través de las expectativas mutuas (*mutual expectations*) de sus miembros. Esta idea se puede resumir en la premisa “Yo sé que tú sabes que yo sé...” (1996: 105). Es decir, que hay datos que inferimos por el solo hecho de ser miembros de un cierto grupo. Clark menciona que estos datos o información se pueden clasificar en diferentes categorías, de las cuales los procedimientos (*procedures*) merecen especial atención. El autor explica que los procedimientos constituyen un gran porcentaje del conocimiento en común. Estos procedimientos o acciones rutinarias incluyen convenciones como el saludo y la despedida. Los procedimientos, a su vez, pueden formar parte de acciones más amplias (*larger scripts*), como la consulta médica (1996: 109). Los miembros de una misma comunidad conocen y entienden estos procedimientos y las actividades que los integran. El autor insiste en que tanto los procedimientos como las actividades cambian según la cultura y que sufren la influencia directa de aspectos tales como la región de origen o la clase social de sus miembros.

Clark identifica elementos que integran el *personal common ground*. Entre ellos, menciona que las comunidades culturales desarrollan léxicos particulares, es decir, palabras o expresiones que se refieren a problemas personales o privados y que los miembros del grupo comparten con amigos íntimos y/o familiares. Dentro de esta categoría, las personas construyen conjuntos de expresiones idiomáticas personales como apodos, expresiones de cariño, y palabras para nombrar las partes del aparato sexual femenino y masculino (1996: 116).

Tras revisar brevemente las seis proposiciones principales del *modelo sociopragmático* de Clark así como algunos de los fundamentos necesarios para entender dicho modelo, me gustaría retomar la idea del autor de que los usos del lenguaje deben estudiarse a partir de las perspectivas social y cognitiva (1996: 25). Con esta idea en mente incluyo, a continuación, el concepto de *joint activities* o actividades conjuntas.

2.2 Actividades conjuntas (*joint activities*)

Clark explica que el uso del lenguaje surge en las *actividades conjuntas* (1996: 29), siendo el discurso una actividad conjunta que se caracteriza por el rol predominante que juega el lenguaje convencional (1996: 50). Para llevar a cabo una actividad en común, todos los integrantes deben ser capaces y estar dispuestos a participar. La transferencia de bienes y servicios es un tipo de actividad conjunta y, en consecuencia, un proceso social que requiere la manipulación de los sentimientos, emociones e identidades de los participantes. Las personas involucradas en actividades conjuntas construyen objetos sociales (*social objects*) (1996: 289). La *situación social* también es un *objeto social* y describe el conjunto de condiciones que determina una actividad grupal. En general, los participantes en este tipo de actividades esperan recibir en la medida que dan. En otras palabras, su objetivo es alcanzar un estado de *balance* o *equidad*. La situación contraria, la *desigualdad*, provoca que la gente se sienta angustiada.

La *teoría de la equidad* indica que para evitar la sensación de angustia, los integrantes de una actividad conjunta luchan por restaurar la *igualdad* en la relación. Clark utiliza la noción de *imagen pública* (*face*) de Goffman (1967) para intentar explicar la idea central de dicha teoría. El concepto de *imagen pública* está compuesto por dos aspectos interrelacionados: la *imagen positiva* o necesidad de ser aprobados y aceptados por los demás y la *imagen negativa*, o el deseo de no sufrir imposiciones. Al entrar en contacto con otras personas, podemos mantener, ganar o perder esta imagen. Clark explica que, en la perspectiva de Goffman (1967), el concepto de *imagen pública* es un *objeto social* (1996: 292), que depende de nosotros mismos y de aquellos con los que entramos en contacto. Cuando participamos en eventos sociales, actuamos con deferencia hacia los demás, tomamos en cuenta sus sentimientos y esperamos que se tomen en cuenta los nuestros. Las propuestas de Goffman (1967) con respecto a la imagen pública constituyen una forma de equidad (1996: 294).

Estos mismos principios se hacen presentes a la hora del intercambio verbal, durante el cual los participantes se esfuerzan por mantener tanto su propia *imagen pública* como la *imagen pública* de su interlocutor. La búsqueda permanente por mantener este equilibrio, puesto en riesgo durante la interacción verbal, constituye la base de la teoría de cortesía propuesta por Penelope Brown y Stephen Levinson (1987). Los autores han afirmado que la gente en general cuenta con una gama de técnicas para mantener y/o

reestablecer la *igualdad* en el lenguaje, parecidas a las que más tarde Clark propuso como sustento del *principio de equidad*.

Una de las aportaciones más valiosas de Clark con respecto a este trabajo de investigación es el concepto de que una situación de conversación es más que la suma de sus partes (1996: 318). La discusión de Clark surge a partir de la idea de que aún cuando las personas inician una conversación con ciertos fines en mente, no saben si dichos objetivos se van a alcanzar. Partiendo del entendido de que la conversación es una *acción conjunta*, resulta poco probable saber con exactitud lo que los demás piensan y/o planean hacer. En opinión del autor, las conversaciones tienen propósitos pero no son planeados (1996: 319). Las conversaciones se componen tanto de pequeños como de grandes proyectos que se espera lleguen a concretarse con la cooperación y voluntad de los interesados. Sin embargo, cada proyecto se va construyendo oportunamente a partir de *negociaciones conjuntas*. Esto se conoce como la *perspectiva oportunista* de la conversación. En una *acción conjunta* en la que los participantes comparten los objetivos, el éxito radica en entender y/o en ser entendido.

La conversación posee un sistema de *toma de turnos* que, dependiendo del *contexto*, *participantes* y *objetivos*, sufre ciertos cambios. En el discurso que se construye entre médico y paciente la *toma de turnos* también varía. Es más, surgen cambios evidentes dependiendo del *contexto de la consulta*, si se trata de un hospital privado o de uno público, por ejemplo. Existen fórmulas que envisten al médico con la autoridad suficiente para dirigir la conversación y, de esa manera, la participación del paciente. A continuación se analiza la aplicación del modelo de Clark a este trabajo de investigación.

2.3 Aplicación del modelo de H. H. Clark a este trabajo

Nicolas Coupland y Adam Jaworski (1997) analizan el modelo de H. Clark como herramienta de análisis conversacional en el contexto de la consulta médica. En su artículo "*Relevance, accommodation and conversation: Modeling the social dimension of communication*", los autores resaltan los seis principios del modelo de Clark: 1. que el lenguaje se utiliza fundamentalmente para fines sociales; 2. que es una especie de acción conjunta; 3. que siempre incluye el significado que el hablante intenta transmitir y lo que su interlocutor entiende; 4. que el contexto básico del lenguaje es la comunicación cara a cara; 5. que el

lenguaje es una actividad que puede interpretarse en capas y 6. que resulta necesario analizar el lenguaje desde las dimensiones cognitiva y social (1997: 238, 239).

Coupland y Jaworski consideran este modelo como la valiosa combinación de ideas sobre la co-construcción de argumentos, secuencia y significados emergentes en conjunción con la *semántica*, la teoría de los *actos de habla* y la *psicolingüística*. De hecho, rescatan la noción del modelo de Clark sobre el hecho de que los significados no surgen en un vacío ni son el producto automático de los turnos de habla sino el resultado de la *cooperación estratégica* entre los participantes. La *acción conjunta* entre el hablante y su interlocutor se da en una cadena de actividades que ocurren en diferentes niveles, guiadas por las señales intencionales que uno envía y el otro interpreta.

Con respecto a la estructura de la conversación, los autores hacen referencia a dos capas o niveles, uno primario o de negocios (*business track*) y otro secundario o administrativo (*management track*). Según Coupland y Jaworski, es el segundo nivel el que puede provocar conflictos a nivel de coherencia y comprensión en la conversación, así creando la necesidad de “reparar” la situación. Esta diferenciación conceptual entre los niveles de intercambio lingüístico no es nueva. De hecho, el mismo Halliday hace referencia a las funciones *ideativa* e *interpersonal* del lenguaje las cuales resultan paralelas a las capas propuestas por Clark (1997: 239).

La propuesta de Clark representa un esfuerzo bien fundamentado por modelar el aspecto social de la conversación. En términos de este trabajo, la premisa más importante que aporta Clark y con la que coinciden Coupland y Jaworski es la posibilidad de reconocer la manera en que la procedencia social del interlocutor así como su categorización del mundo influyen en sus estrategias inferenciales y en sus elecciones a la hora del intercambio lingüístico.

Resulta indispensable retomar el tema de la *cortesía* ya que juega un rol importante en el modelo de H. H. Clark (1997) y constituye, de esta manera, el tercer eje teórico de este trabajo. El siguiente capítulo explora en mayor detalle el *modelo de cortesía* propuesto por Brown y Levinson (1978, 1987) no sin antes hacer referencia a las *máximas de Grice* (1975), a *Lakoff* (1973) y sus *reglas de cortesía* y al *principio de cortesía* de *Leech* (1983).

CAPÍTULO 3: La cortesía

3.1 Introducción

El lenguaje es el vehículo a través del cual intentamos cumplir ciertos propósitos personales. Sin embargo, es también a través del lenguaje que “actuamos” sobre los demás. “Conseguir la colaboración del destinatario es una de las tareas fundamentales de la comunicación...” (Escandell-Vidal, 1993: 159). Este esfuerzo por conseguir que el destinatario “haga algo”, no necesariamente implica un acto egoísta por parte del hablante. Ese “algo” puede ser benéfico o deseable para el propio destinatario. Por ejemplo, cuando el médico le advierte a su paciente que puede sufrir alguna complicación durante un tratamiento, o cuando le aconseja tomar medidas sobre algún aspecto de su salud.

El proceso de socialización implica, entre otras cosas, “aprender a comportarse de acuerdo con las normas que marcan nuestra sociedad...” (Escandell-Vidal, 1993: 160). Dicho aprendizaje nos dota de la habilidad para saber distinguir cuándo un acto es cortés y cuándo no lo es; de igual manera, nos proporciona una sensibilidad particular hacia aspectos culturales íntimamente relacionados con la cortesía. Además de estos aspectos culturales, la relación que se va construyendo entre hablante e interlocutor tiene rasgos que dependen de características tales como el sexo, la edad, la posición socioeconómica, la autoridad y la distancia social de cada uno, entre otros, características a las que haré referencia más adelante.

Escandell-Vidal propone dos formas diferentes de conceptualizar la *cortesía*: por un lado, como un conjunto de normas sociales que cada sociedad determina y que normalizan la conducta adecuada de sus integrantes. Los comportamientos que se ciñen a dichas normas se estiman “adecuados”, mientras que los que se desvían de las normas se consideran descortesés. Por otro lado, Escandell-Vidal plantea considerar la cortesía como “un conjunto de estrategias conversacionales destinadas a evitar o mitigar...conflictos” (1993: 163), sobre todo si aceptamos que a través de la comunicación verbal, tanto hablante como interlocutor persiguen un fin y tienen la firme intención de alcanzarlo. En esta negociación resulta indispensable que el hablante tome en cuenta la jerarquía y el rol social del destinatario.

Antes de avanzar sobre el tema de la *cortesía*, considero necesario hacer un breve recuento sobre algunos de los autores y de las teorías considerados precursores de estos estudios, empezando por H.P. Grice (1975) y el *principio de cooperación*.

3.2 El principio de cooperación y las máximas de Grice

A diferencia de Searle (1969) y de sus aportaciones sobre los *actos de habla* (sección 1.2.2.1), Grice no se dedica al estudio de la oración y la *fuerza ilocutiva*, sino al de los principios que regulan la interpretación de los enunciados. Grice propone el análisis de los mecanismos que rigen el intercambio comunicativo y que forman parte de lo que se llama el *principio de cooperación*: "... Haga que su contribución a la conversación sea, en cada momento, la requerida por el propósito o la dirección del intercambio comunicativo en el que está usted involucrado" (1975: 45)

El *principio de cooperación* de Grice es descriptivo, no prescriptivo. Para que una conversación sea comprensible y tenga sentido, se espera que los participantes observen este principio. Sin embargo, si alguno de los interlocutores decide ignorar este principio básico, se arriesga a que los otros participantes se molesten e, incluso, lo dejen fuera del intercambio. El *principio de cooperación* se compone de cuatro máximas (1975, 45-47):

1. Cantidad: que la cantidad de información que se ofrece no sea ni mayor ni menor a lo requerido para que se cumpla el propósito del intercambio.
2. Cualidad: que se intente hacer una contribución verdadera, sin incurrir en mentiras o decir algo no comprobable.
3. Relación: que los participantes digan cosas relevantes a la conversación.
4. Modalidad: que se exprese claramente, sin ambigüedades, expresiones poco claras, y de manera breve y ordenada.

Estas máximas deben considerarse como principios descriptivos y no como normas de conducta. Sin embargo, si pasamos por alto alguna de las máximas, provocamos un desequilibrio en la conversación que probablemente traerá consigo algún tipo de sanción social.

Grice hace la distinción entre *lo que se dice* y *lo que se comunica*. Lo que se dice se refiere al contenido proposicional del enunciado y lo que se comunica, al contenido implícito del enunciado o *implicaturas*. El aparente incumplimiento del *principio de cooperación* da origen a una serie de *implicaturas conversacionales* que se utilizan para restaurar la suposición de que, en algún nivel, sí hay apego al *principio de cooperación*.

Las *implicaturas* pueden considerarse como un puente entre el aparente incumplimiento de una máxima y el presupuesto de que, a pesar de dicho incumplimiento, sí existe ánimo de cooperación conversacional por

parte del emisor que ha cometido la falta. Sin embargo, se pueden producir diferentes relaciones entre *implicaturas* y *máximas*; 1. que haya implicatura, pero no haya una violación aparente; 2. que haya implicatura y deba inferirse que si se viola una máxima es con el fin de evitar que haya conflicto con otra máxima; y 3. que haya implicatura porque se viola de manera abierta una máxima (1975: 49 y 50). Un ejemplo del primer caso sería “*Tengo tres hijos*”; ni uno, ni dos, sino tres. En el segundo caso podría decir “*Tengo cita con el médico en la mañana*”, en la que mi respuesta infringe la máxima de cantidad al no ofrecer suficiente información. En vista de esta respuesta, mi interlocutor puede inferir que no deseo cooperar, o que no me acuerdo de la hora exacta. La tendencia es que mi interlocutor le de preferencia a la segunda posibilidad, que no recuerdo la hora exacta de mi cita. Hay una violación de la máxima de cantidad para evitar la violación de la máxima de cualidad. Para ilustrar el tercer caso me gustaría transcribir una conversación que tuve con una de mis vecinas. Me quejé de lo impuntual que es mi dentista. Le dije *¿Te ha pasado alguna vez que tu dentista te deje esperando más de una hora y media?* Y me contestó: “*Mi dentista es tan bueno que aunque me dejara esperando dos horas no dejaría de ir con él...*” Mi vecina transgredió la máxima de cantidad, al no ofrecerme la suficiente información, y también la de relación, ya que su comentario fue irrelevante en cuanto a la pregunta que yo le hice. Sin embargo, me contesta, o sea que no puedo pensar que no quiere colaborar, y resalta la calidad profesional del dentista probablemente porque no puede decirme algo bueno sobre su puntualidad. Estos tres ejemplos nos permiten concluir que las *implicaturas conversacionales* cumplen la función de “restaurar” el balance entre emisor e interlocutor cuando las máximas se ven afectadas, así manteniendo el *principio de cooperación*.

Como estrategia o conjunto de estrategias, la *cortesía* beneficia las relaciones sociales. En este sentido, la *cortesía* no va en la misma dirección que los *principios conversacionales*, sino que a menudo va en dirección opuesta. Si una paciente demuestra falta de conocimiento en cuanto a asuntos de su salud ginecológica, es poco probable que su médico le sugiera un buen libro que le ayude a estar bien informada. Es más común que el doctor modere esta situación diciéndole “No se preocupe...vamos a hacer lo siguiente...”, o “Lo más conveniente es que usted siga las instrucciones que le voy a dar”, o “En estos casos, yo le aconsejo a mis pacientes que...” Estas supuestas expresiones de cortesía mitigan el hecho de que la paciente no esté bien informada sobre ciertos aspectos de su salud íntima lo cual atenta contra su *imagen positiva*. A través de sus respuestas el médico ayuda a mantener la *imagen positiva* de la paciente y, en ese sentido, mantiene el

balance de la relación con su paciente. Desde el punto de vista de las *máximas de Grice*, este tipo de enunciados transgrede las máximas de *cantidad, calidad y manera*, porque no le informa a la paciente todo lo que debe, porque no le está diciendo cuál es el verdadero problema, y porque no se trata de enunciados concisos ni explícitos. En el caso particular de la consulta médica, valdría la pena evaluar qué es más importante: las necesidades de la *cortesía* o los *principios conversacionales*. Escandell-Vidal sugiere examinar el tipo de discurso y sus propósitos para poder dar respuesta a dicha pregunta (1993: 166). Los intercambios discursivos se pueden clasificar básicamente como *interaccionales* o *transaccionales*, aunque no hay distinción absoluta entre ambos. El *discurso interaccional* tiene como objetivo principal el mantener las relaciones sociales, por lo que prevalece la *cortesía*. En el caso del discurso de tipo *transaccional*, lo que importa es comunicar la información eficazmente, por lo que vencen los *principios conversacionales*. Nuevamente cabe cuestionarse dentro de cuál de las dos categorías ubicaríamos la consulta médica para garantizar los mejores resultados para el paciente; o, hasta qué punto, se trata de un intercambio que requiere de la co-ocurrencia de *reglas de cortesía* y de *principios conversacionales* y en qué proporción. Estas preguntas han sido estudiadas desde diferentes enfoques por diversos autores, como Lakoff (1973) y Leech (1983) y ambos han aportado puntos de vista valiosos con respecto al tema.

3.3 Reglas de cortesía de Lakoff

Para explicar la comunicación de ciertas inferencias que no provienen de la operación de *principios conversacionales*, sino más bien de supuestos de otro orden, como la *cortesía* en la interacción, se han propuesto varios modelos. Lakoff (1973) propone un enfoque que se erige a partir de dos reglas básicas:

- Sea claro
- Sea cortés

La primera regla nos remite al *principio de cooperación* de Grice ya que persigue la eficacia en la transmisión de información entre emisor e interlocutor. La segunda regla se ocupa del aspecto interpersonal de la relación y es la que adquiere relevancia en el marco de este trabajo. La regla “sea cortés”, en el enfoque de Lakoff, se subdivide en otras tres reglas:

- No se imponga
- Ofrezca opciones
- Refuerce los lazos de camaradería

Si aplicamos estas tres reglas al contexto de la consulta médica, encontramos que la regla “No se imponga” está íntimamente ligada con la relación médico-paciente. La imposición de un interlocutor sobre otro a menudo obedece a cuestiones de diferencias sociales o de falta de familiaridad (1993: 168). Cuando ésta es la situación, las fórmulas de cortesía disminuyen la imposición de un interlocutor sobre otro. El médico puede sugerirle al paciente que pruebe un tratamiento diciéndole:

“¿Qué le parece si probamos esta otra medicina?”

“Si a usted le parece, podemos cambiar la suspensión por unas cápsulas...”

El hecho de evitar las referencias directas, así como los pronombres personales y las opiniones personales también, ayuda a suavizar la situación:

“Se puede probar tomar el medicamento en la mañana y no en la noche...”

“Este tratamiento parece dar buenos resultados...”

La segunda regla “Ofrezca opciones” se emplea cuando existe un equilibrio social entre los interlocutores pero poca familiaridad o confianza. Esta regla podría aplicarse a los casos en que la paciente posee un grado de educación similar al del médico, o inclusive, cuando la paciente también es médico.

La tercera regla “Refuerce los lazos de camaradería” se aplica a los casos en los que la relación entre los interlocutores es muy cercana, es decir, cuando médico y paciente ya se conocen desde algún tiempo. Sin embargo, también puede ser utilizada como estrategia de empatía. En el caso particular de la consulta médica, no es inusual que el médico interroge a su paciente diciendo:

“¿Cómo nos sentimos hoy?” o “Vamos a probar este medicamento a ver cómo nos cae...”

Es como decir “Estoy con usted en este problema y comprendo lo que usted siente”. Este tipo de expresiones pueden ser percibidas por algunos pacientes como ejemplos de trato “paternalista” o, incluso, de “falsa preocupación” y hasta de “control” por parte del médico, dependiendo de factores culturales, sociales y hasta personales. Sin embargo, el mismo tipo de expresiones puede brindar una sensación de familiaridad y hasta de confort en pacientes que consideran al médico como un consejero preocupado por su salud y bienestar.

3.4 Leech y el principio de cortesía

Leech (1983) desarrolla un principio de cortesía que se compone de varias máximas. De acuerdo al

autor, dicho principio se puede describir en términos de un instrumento de evaluación de la correspondencia entre la *adecuación* de un enunciado y el *grado de distancia social* entre los interlocutores. Siendo la *distancia social* un elemento variable, la *cortesía* se convierte en un concepto *relativo*. Aún así, la *cortesía* también posee una dimensión *absoluta*, ya que hay emisiones que son intrínsecamente descorteses, como las órdenes y las acusaciones, y otras que son inherentemente corteses, como las felicitaciones y los ofrecimientos (1983: 83). De este modo, Leech sugiere que las acciones que realizamos se pueden clasificar de acuerdo a cuatro categorías:

- Las que apoyan a la cortesía
- Las que resultan indiferentes
- Las que entran en conflicto con la cortesía
- Las que van directamente en contra del balance de las relaciones interpersonales

A partir de esta clasificación, se generan dos tipos de cortesía: *positiva* y *negativa*. “La cortesía negativa consiste en minimizar la descortesía de las ilocuciones descorteses, y la positiva, en maximizar la cortesía de las corteses” (1983: 84). La *cortesía negativa* es indispensable para mantener las relaciones sociales, mientras que la *cortesía positiva* ocupa un lugar secundario.

La propuesta de Leech resalta los actos denominados *directivos*, que son aquellos en los que el emisor le pide al interlocutor que realice una acción determinada. Este tipo de actos puede amenazar el equilibrio de la relación social y el grado de conflicto se determina en una escala de coste/beneficio propuesta por Leech (1983: 107). Entre mayor es el coste para el destinatario, mayor es el grado de descortesía intrínseca de la acción. Cuanto mayor es el beneficio que el interlocutor puede obtener, mayor es la cortesía intrínseca de la acción. De este modo, la cortesía es el principio que justifica el uso de las formas indirectas ya que, en lugar de percibirse como una imposición, se disfrazan de solicitud.

El principio de cortesía de Leech también consta de una serie de máximas: *de tacto*, *de generosidad*, *de aprobación*, *de modestia*, *de acuerdo*, y *de simpatía*, todas con la doble vertiente, negativa y positiva (1983: 132, 133). El principio de la cortesía propuesto por Leech favorece el mantenimiento del equilibrio a través de estrategias guiadas a reducir o evitar los conflictos dentro de la interacción social aun cuando la intención del emisor sea inherentemente descortés.

3.5 Modelo de Brown y Levinson

El modelo de Brown y Levinson (1978, 1987) es, hasta el momento, el más aceptado al intentar explicar las razones y la articulación de la *cortesía* a nivel lingüístico (Escandel 1993: 174). Dentro de este modelo, existen dos características básicas que permiten explicar el comportamiento comunicativo del individuo: la *racionalidad* y la noción de *imagen pública (face)*. Este modelo se construye a partir de dos ejes esenciales:

1. Los seres humanos tenemos un potencial de agresividad que es necesario encauzar a través de la cortesía para mantener las buenas relaciones sociales;
2. La comunicación es una conducta propia de los seres humanos sujeta al *principio de cooperación* de Grice. Sólo nos alejamos de este principio cuando existen razones de peso para hacerlo, como lo es la cortesía (1987: 1,2)

Con respecto a la *racionalidad*, una de las aportaciones más importantes de Grice, esta teoría presupone que la naturaleza de la comunicación es un tipo particular de intención, construida de manera tal que nuestro interlocutor la reconozca (Brown y Levinson, 1987: 7). Hay un proceso de reconstrucción de intenciones por parte del destinatario. La noción de *imagen pública*, por otro lado, surge de Goffman (1967) y del término popular inglés que vincula las ideas de vergüenza y humillación con la idea de “perder imagen” (*lose face*) (1987: 61). La *imagen pública* es el elemento central del modelo de Brown y Levinson y consiste en que todos y cada uno de nosotros tenemos cierta *imagen pública* que deseamos mantener. Existe el conocimiento compartido de que la *imagen pública* es vulnerable y que hay que protegerla justamente respetando la *imagen pública* de los demás (1987: 61). La imagen puede ser, a su vez, *negativa* o *positiva*. La *imagen negativa* implica el deseo de no sufrir restricciones o imposiciones por parte de los demás, mientras que la *imagen positiva* se refiere al deseo de sentirse apreciado y de que otros compartan nuestros deseos (1987: 13).

Brown y Levinson consideran que estos aspectos nucleares de su modelo son universales, aunque nos advierten que las características particulares de dichas nociones sí varían según la cultura. De este modo, resulta necesario preguntarse qué tipo de actos amenazan la *imagen pública* en una determinada cultura; qué individuos dentro de una sociedad en particular gozan de una posición de privilegio en cuanto a su imagen pública; y qué aspectos de la personalidad de un individuo merecen mayor apreciación dentro de un grupo social (Brown y Levinson, 1987: 13). Los autores aclaran que su modelo fue diseñado

precisamente para acomodar conflictos interculturales sobre lo que se considera como conducta adecuada o inadecuada.

Uno de los puntos controversiales en torno a este modelo de cortesía es el conflicto entre la *noción popular* y la *noción institucional* de la cortesía. La atención hacia un tipo de imagen puede darse independientemente de la atención hacia el otro tipo de imagen. Los autores ponen como ejemplo al médico, quien puede ser cortés desde un punto de vista institucional al informarle a su paciente que se está muriendo, pero que desde el punto de vista del individuo común y corriente, este acto puede ser considerado como poco delicado y hasta cruel, dependiendo de la cultura.

3.5.1 Elementos determinantes de la cortesía

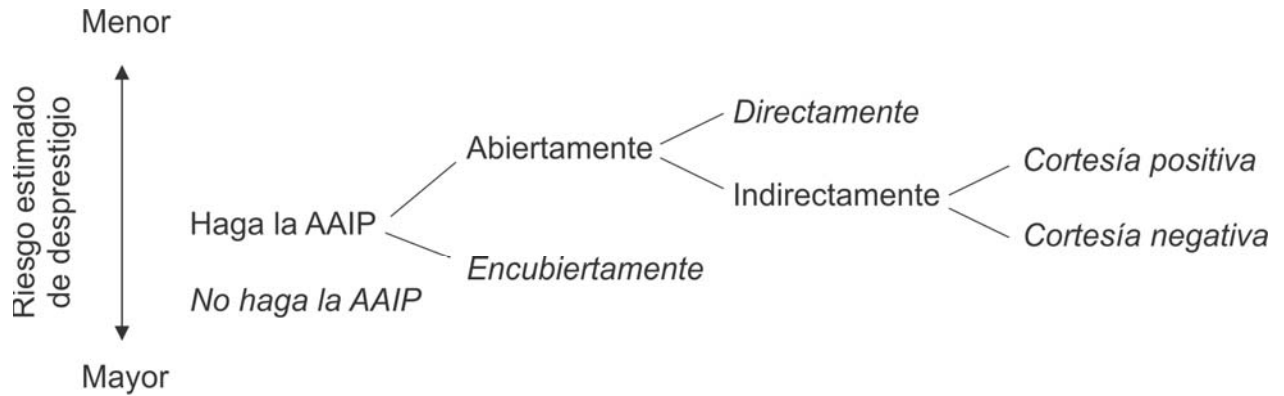
El modelo de Brown y Levinson (1987) se basa en la idea de que es necesario conservar tanto nuestra imagen pública como la imagen pública de los demás y, por lo tanto, comunicar en la interacción la intención de atender a la imagen pública de los participantes. Existen una variedad de acciones que amenazan la imagen pública también denominadas AAIP (en inglés FTA o *face threatening acts*). En presencia de este tipo de acciones, resulta lógico que el individuo procure reducir o suavizar la amenaza potencial recurriendo a *estrategias de cortesía*. En términos generales, son tres los elementos que determinan el nivel de cortesía (1987: 15):

1. El *poder relativo* (P) del destinatario sobre el emisor,
2. la *distancia social* (D) entre emisor y destinatario, y
3. el *grado de imposición* (G) de la acción que amenaza la imagen pública (AAIP).

El riesgo potencial que se desencadena a partir de una AAIP se puede calcular sumando los tres factores: *poder relativo, distancia y grado de imposición*. De esta manera, la fórmula resultante es:

$$\text{Riesgo(AAIP)}_x = (D+P+G)$$

La suma de los elementos que determinan el *grado de cortesía* nos permite decidir qué estrategias utilizar para moderar la amenaza. Brown y Levinson (1987: 60) resumen en un esquema los tipos de estrategias que existen y las situaciones que determinan qué estrategia utilizar cuándo.



Esquema 1: tomado de Escandel-Vidal, 2002: 178, quien lo tradujo de Brown y Levinson, 1987: 60.

A partir del esquema 1, podemos apreciar cinco tipos posibles de estrategias (1987: 68-70):

1. abierta y directa (*on record, without redress*)
2. abierta e indirecta, con cortesía positiva (*on record, with redress, with positive politeness*)
3. abierta e indirecta, con cortesía negativa (*on record, with redress, with negative politeness*)
4. encubierta (*off record*)
5. evitar la AAIP

Cuando una estrategia es *abierta*, el emisor hace explícita su intención al interlocutor. Si además de ser *abierta* es *directa*, entonces no hay intención de reparar un daño potencial ya sea porque no se percibe un riesgo alto o porque se quiere ser descortés. La estrategia *abierta* y *directa* sigue lo expuesto por las máximas de Grice: es clara, concisa y no ambigua.

“Lea las instrucciones cuidadosamente”

“Quédese en la sala de espera hasta que le llamemos”

En este tipo de estrategias, el grado de cortesía o descortesía depende del potencial de amenaza a la imagen pública, aunque el contenido del mensaje sigue ocupando un lugar prioritario.

Si la estrategia es *abierta* pero *indirecta*, el emisor muestra su intención pero trata de compensar un posible daño a la imagen pública. Si es *abierta*, *indirecta* y con *cortesía positiva*, el emisor hace evidente su

intención a la vez que demuestra estima hacia el destinatario y sus deseos. Es una estrategia que se inclina hacia la familiaridad o el acercamiento entre ambos participantes.

“Vamos a tratar de no salirnos de la dieta durante el próximo mes...”

La estrategia *abierta, indirecta* y con *cortesía negativa* consiste en expresar que un acto no pretende limitar la libertad del destinatario. Este tipo de estrategias son las que comúnmente consideramos como fórmulas convencionales de cortesía (*conventionalized indirectness*) y que existen de una forma u otra en todas las lenguas. Ejemplos de dichas estrategias son las formas indirectas, el uso del condicional, y los verbos impersonales.

“Convendría que me trajera los resultados de los análisis lo antes posible”

“Es importante seguir las instrucciones al pie de la letra”

“¿Me haría el favor de ponerse la bata que está al borde de la mesa de exploración?”

Finalmente, la *estrategia encubierta* consiste en que el emisor disfrace sus verdaderas intenciones y, de este modo, evite la responsabilidad de haber realizado un acto amenazador. A través de esta estrategia, el destinatario se queda con la tarea de interpretar la acción.

“El tratamiento no está funcionando como debiera...”

En el caso extremo de evitar la realización del AAIP, el emisor no ofende al destinatario pero tampoco logra su objetivo.

Considero que la teoría de Brown y Levinson es un modelo idóneo para analizar 1) la manera en que la mujer manipula su competencia lingüística para mantener su imagen pública frente al médico; 2) qué tipo de estrategias utiliza; y 3) como varía la forma en que se siente amenazada frente al ginecólogo en contraste con el pediatra.

La sección siguiente trata la relación entre la *cortesía*, los *estudios de género* y el *poder* en el habla de la mujer.

3.5.2 La cortesía, los estudios de género y el poder en el habla femenina

Brown y Levinson se cuestionan acerca de la posibilidad de identificar patrones lingüísticos característicos de ciertos grupos con escaso poder, como lo son las mujeres (1987: 29). Robin Lakoff (1975) fue una de las pioneras en el estudio de las diferencias entre el lenguaje femenino y el masculino. En *Language and*

Woman's Place, Lakoff sugiere que el lenguaje femenino exhibe características particulares a nivel léxico, sintáctico, fonológico y prosódico que resultan en un estilo dubitativo, débil, y cortés. La autora atribuye este estilo de hablar por parte de las mujeres a que se sienten inferiores o con un estatus secundario que, en consecuencia, afecta la manera en que son tratadas. Según Lakoff (1989), esta manera de expresarse puede explicar la inclinación de la mujer por utilizar un lenguaje más moderado al hablar.

Aunque las afirmaciones de Lakoff no pudieron ser sustentadas experimentalmente, muchos han sido los autores que han realizado estudios explorando el estilo de hablar de las mujeres en comparación con el de los hombres. Trudgill (1974), por su parte, indica que en todos los casos estudiados por él, la mujer utilizaba las variedades *estándar* o de *prestigio* más que el hombre (1974: 95). La variedad *estándar* o de *prestigio* corresponde al “ideal normativo que se enseña en las escuelas, al habla de los grupos sociales de mayor prestigio...” (Silva-Corvalán, 2001: 18). Trudgill afirma que “...las mujeres utilizan formas más correctas (*better forms*) que los hombres” (1974: 93) y que en nuestra sociedad resulta más aceptable en un hombre que en una mujer el uso del lenguaje vulgar y de palabras consideradas tabú (1974: 92). Deborah Tannen (1990) nos proporciona un sinnúmero de ejemplos sobre el tema en su libro *You just don't understand. Women and Men in Conversation* e insiste en que el reconocimiento de las diferencias entre el estilo conversacional de hombres y de mujeres puede ayudarnos a “cruzar” la brecha que existe entre ambos géneros (1990: 298). De hecho, Tannen utiliza el término *genderlect* (1990: 297) para hacer referencia al dialecto determinado por el sexo o género del interlocutor, y para ahondar en las ventajas que implica el análisis y la comprensión tanto de las diferencias como de las coincidencias entre el habla de ambos sexos.

En su artículo “*How and why are women more polite: some evidence from a Mayan community*” Penelope Brown (1998) analiza el lenguaje de hombres y mujeres en una comunidad Maya en México en la que se habla el Tzeltal. Brown pone a prueba la hipótesis de que la mujer se expresa de forma más cortés que el hombre y que en términos de la *teoría de la cortesía* (1987), la mujer pone mayor atención a la necesidad de conservar la *imagen pública* de los demás. Este estudio revela que el lenguaje de hombres y mujeres en esta comunidad varía de forma sistemática y de que dichas diferencias se originan porque la mujer percibe su estatus como inferior al del hombre y, por lo tanto, evita atentar contra su imagen pública.

Silva-Corvalán afirma que el “hecho de que las mujeres y los hombres se comunican de manera diferente es probablemente un universal cultural, pues en todas las culturas los sexos son también socialmente

diferenciados. Los papeles asignados a cada uno de los sexos, sin embargo, no son iguales en todas las culturas” (2001: 97). En culturas como la mexicana el habla masculina a menudo tiende a ser menos “cuidada”, sin por ello implicar que el interlocutor sea una persona ignorante o agresiva. Por lo general la mujer es más delicada al hablar, sobre todo cuando lo hace con personas con las que no mantiene una relación estrecha o de confianza. La frecuencia de interacción y la distancia social entre mujeres que conversan se reflejan en su conducta lingüística y, por consiguiente, en los niveles de cortesía que manejan. De algún modo, la mujer cuida “lo que dice”, “cómo lo dice”, y “a quién se lo dice” ya que, de esta manera, transmite o intenta transmitir su educación, su cultura y hasta su nivel socioeconómico. En cambio, y de acuerdo con mi experiencia personal, cuando la mujer conversa con otras mujeres con las que le unen lazos de amistad, por ejemplo, su conducta lingüística se relaja, al punto que no faltan las palabras altisonantes y los comentarios “subidos de tono” sin por ello arriesgar su imagen. La cortesía depende en gran parte de adaptar el mensaje al contexto social y a aspectos tales como la edad, el sexo y la relación de parentesco o de cercanía que unen al emisor con el destinatario (Escandell-Vidal, 2002: 16). Lo que se considera cortés o descortés no sólo varía de una cultura a otra, sino también dentro de una misma cultura y aún dentro de una misma clase social (Holmes, 1995: 192).

Holmes coincide con Silva-Corvalán en que hombres y mujeres usan la lengua de manera diferente. La autora afirma que la mayoría de las mujeres disfruta el acto de la conversación considerándolo una acción que las mantiene en contacto, que establece, nutre y mantiene sus relaciones interpersonales. En su opinión, los hombres tienden a considerar el lenguaje como una herramienta que les permite obtener y transmitir información. Estas diferencias en la manera de percibir los objetivos de la lengua podrían explicar una serie de disparidades en el uso que hombres y mujeres le dan al lenguaje (1995: 2). Holmes resume como dos de las razones más relevantes para explicar dichas diferencias el proceso de socialización en los contextos familiar y escolar y la distribución de poder, la cual, en general, tiende a beneficiar al hombre quien termina definiendo y controlando ciertas situaciones así estableciendo las normas de conducta a seguir (1995: 8). Goddard y Patterson también hacen hincapié en el papel de la familia y la escuela en la definición del lenguaje propio de cada sexo. Los roles femenino y masculino se adquieren en la infancia y continúan reforzándose a lo largo de la adolescencia y de la edad adulta (2000: 35 y 38).

We share an understanding about how men and women are meant to behave (...) This shared understanding is part of our social knowledge, that is, the framework we use to interpret the world (...) knowledge of the social rules that are part of our culture”

[Compartimos la comprensión de cómo hombres y mujeres se deben comportar (...) Esta comprensión compartida es parte de nuestro conocimiento social, es decir, del marco de referencia que utilizamos para interpretar al mundo (...) conocimiento de las reglas sociales que son parte de nuestra cultura] (2000: 34)

Buxó Rey (1991) coincide con Goddard y Patterson y agrega que la niña, a diferencia del niño, necesita hablar “bien” para que se le considere socialmente. La importancia de su conducta lingüística no radica en lo que dice sino en la forma en que lo dice. Su destino, nos confirma la autora, no es tener acceso al conocimiento, sino mantener las formas sociales que perpetúan el *status quo* de las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres. La niña aprende las fórmulas de cortesía y hasta el uso del silencio: “callar y saber escuchar” (1991: 116). “La especie de temor y ansiedad social que provoca el comportamiento lingüístico de la mujer hace que, en muchas culturas, la deferencia se exprese con el silencio, mientras que las palabras se interpreten como osadía” (1991: 116)

Debido a que el lenguaje simboliza una forma de conducta impregnada de ideas socioculturales, existen conceptos acerca de cómo deben expresarse tanto hombres como mujeres (Goddard & Patterson, 2000: 86). Estas ideas se alimentan y refuerzan a través de los usos y costumbres. Los dichos, por ejemplo, reflejan estas expectativas. A menudo escuchamos que “las niñas bonitas no hablan así” o que alguien “habla como verdulera”. Estas expresiones también existen en el mundo anglosajón: “*Nice girls don’t swear*” (las niñas bonitas no dicen groserías), o “*She’s got a mouth like a sailor*” (habla como marinero). En estos y otros dichos y estímulos verbales permea la idea de que la conducta lingüística de la mujer puede ser juzgada como propia o impropia y, por consiguiente, que lo que la mujer dice afecta su imagen ante la sociedad. Buxó nos confirma que “... la mujer debe hablar de un modo sociolingüísticamente correcto, pero, a la vez, es mejor que no hable demasiado...” (1991: 67). El hombre, en cambio, puede hacer uso de palabras inapropiadas sin que por ello ponga en riesgo su imagen frente a sus pares o a miembros del sexo opuesto.

La conexión entre sexo, clase social y poder ha sido un denominador común a través de los estudios de lengua y género (Goddard & Patterson, 2000: 91, Buxó Rey, 1991: 116, 117). Según las autoras, el género no existe en aislamiento, sino que existe en íntima relación con factores tales como origen étnico, clase social,

poder y edad (2000: 91). Buxó Rey afirma que el lenguaje refleja un sistema de organización social que es asimétrico en cuanto a estatus social y funciones propias de cada sexo (1991: 16). La misma asimetría se hace presente al intentar definir en qué consiste una conducta lingüística apropiada o cortés para cada sexo. Según la autora, existen “diferencias sociolingüísticas del hombre y de la mujer. Cada uno tiene especialidades léxicas, sintácticas y fonéticas que hacen que sus estilos sean específicos a sus sexos respectivos” (1991: 129). Además, cuando hombres y mujeres dicen las mismas palabras, estas pueden ser comprendidas de manera diferente por interlocutores de diferentes sexos (Buxó, 1991: 106) ya que “el significado de una expresión está íntimamente relacionado con los modos de percibir y entender la realidad, percepción que está en función de la socialización, la identificación y las expectativas sociales específicas de cada sexo” (1991: 106). Buxó añade que si “los límites del comportamiento lingüístico están dados por el estatus y por las funciones (económicas, sociales y de otro tipo) implicadas en éste, en el caso de la mujer que acceda a posiciones de estatus más elevadas, su libertad lingüística será mayor, esto es, será menor su grado de restricción sociolingüística” (1991: 123), aspecto que también intentaré descubrir en este trabajo. Holmes se cuestiona sobre la manera en que la conducta lingüística femenina afecta la participación o contribución potencial de la mujer a los diferentes contextos (1995: 193), y propone que se le haga consciente de ello (218). La autora menciona la importancia de la competencia sociolingüística al afirmar que:

Sociolinguistic incompetence is not easily disregarded, and, when norms conflict, women’s definitions of politeness are unlikely to prevail

[La incompetencia sociolingüística no es fácil de ignorar, y, cuando las normas entran en conflicto, es poco probable que las definiciones femeninas de cortesía prevalezcan] (1995: 22)

Se ha sugerido que los grupos menos privilegiados necesitan ser más corteses debido a que tienen más que perder. Holmes (1995) cita a Deuchar (1988):

“...where women’s language is more standard than men’s it may serve to defend them against accusations of stupidity or ignorance, thus increasing the likelihood that they will be recognized as agents capable not only of communicating but also of creating meanings as not only consumers but also producers of symbols...”

[...en donde el lenguaje de las mujeres es más estándar que el de los hombres, éste puede servirles para defenderse contra las acusaciones de estupidez o ignorancia, así incrementando las posibilidades de que sean reconocidas como agentes capaces no sólo de comunicarse sino de crear significado, no sólo como consumidoras sino también como productoras de símbolos...] (1988: 8)

Tomando esto en cuenta, se vuelve aún más imperioso el hacer conscientes a las mujeres de la importancia que conlleva su competencia sociolingüística a la hora de interactuar con el médico.

Este trabajo me permitirá concluir si el vocabulario médico especializado es parte del inventario que corresponde a la mujer, si factores tales como la edad, el nivel sociocultural y el contexto en el que se atiende la mujer influyen en su competencia sociolingüística y si la mujer está consciente de la responsabilidad y el poder que le corresponden cuando se trata de su salud y la de sus hijos.

CAPÍTULO 4: Metodología

Una de las preocupaciones principales durante la gestación de este trabajo ha sido la selección y el seguimiento de una metodología propiamente sociolingüística que sea completa y, a la vez, lo suficientemente simple como para guiar el proceso de investigación de manera fluida y coherente. Los planteamientos propuestos por Moreno Fernández (1990) y Silva-Corvalán (2001) facilitaron dicha labor. Aunque ambos exhiben puntos de coincidencia en aspectos medulares, sus propuestas no dejan de ser complementarias.

Silva-Corvalán define el método sociolingüístico como “descriptivo e interpretativo y motivado por el objetivo central de dar cuenta de las estructuras de la lengua en el discurso oral, primeramente, y, secundariamente, en el escrito...”(2001: 38). Los aspectos salientes de esta definición se ven reflejados en las diferentes etapas propuestas por la autora y que sirvieron de base para la estructuración de este trabajo (2001: 39):

- 4.1 Entidad social
- 4.2 Selección de la muestra de participantes
- 4.3 Recolección de datos
- 4.4 Análisis de los datos
- 4.5 Interpretación de los resultados

Moreno Fernández, por su parte, toma como base “las reglas del método sociológico” de Émile Durkheim, debido a que la simplicidad de dichas reglas las hace el vehículo ideal para describir la metodología sociolingüística (1990: 24). Este trabajo de investigación ha sido encauzado tanto en forma como en contenido por los lineamientos propuestos por Silva-Corvalán (2001) y por Moreno Fernández (1990).

4.1 Entidad social

La delimitación de la *entidad social* surgió mucho después de la idea que originó esta investigación. De hecho, la idea inicial es el resultado de una serie de experiencias propias y ajenas como paciente ginecológica y de mi gradual introducción al mundo médico a través de mi esposo, siendo él mismo médico. La definición y delimitación de la entidad social que constituye el objeto de este estudio, requieren de serias consideraciones. Moreno Fernández menciona cinco entidades sociales: *individuo*, *red social*, *grupo social*, *clase social* y *comunidad de habla*. Cada uno de estos conceptos tiene ventajas y desventajas, y los límites entre uno y otro son, a menudo, borrosos. Lo importante es tener en cuenta las características de cada entidad social y aplicar la que mejor se adapte al objetivo de la investigación sin olvidar que estamos trabajando con grados de abstracción para el análisis lingüístico (1990: 55; Romaine, 1980: 195). En lo que a este trabajo se refiere, discutiré sólo dos entidades sociales: *clase social* y *red social*.

El concepto de *clase* o *estrato social* ha provocado discrepancias entre los diferentes autores y disciplinas. Según Moreno Fernández (1990: 84), la sociología moderna no ha llegado a definir ni a dar pruebas irrefutables de la existencia de ese “ente” que se denomina “clase social.” Es, en su opinión, un concepto que encierra la idea de afiliación y de actitud por parte de los individuos que la integran. Además, el autor añade que el concepto de clase o estrato social no ha demostrado ser útil para grupos numéricamente reducidos (1990: 53).

A partir de aspectos tales como escolaridad y ocupación, Ávila (1999: 18) utiliza “*nivel cultural*” como sinónimo de *estrato* o *nivel social*. De los parámetros utilizados para definir de manera objetiva el concepto de “clase social”, el nivel educativo ha sido de los más beneficiados. Silva-Corvalán también menciona la problemática que subyace a esta unidad de análisis al decir que es demasiado amplia “pues incluye parámetros que no mantienen una correlación consistente con el comportamiento lingüístico de los hablantes” (2001: 104), pero, al igual que Milroy (1987: 14), admite la necesidad de utilizarla al hacer referencia a

grupos jerárquicamente organizados que poseen características en común, como “ciertos rasgos fonológicos, morfológicos, sintácticos y léxicos.” (2001: 104).

Ante la inminente dificultad al tratar de agrupar a los hablantes de acuerdo a ciertos factores compartidos, la sociolingüística ha acuñado otras dimensiones analíticas, entre las cuáles está la *red social*.

4.1.1 Características de la red social

La *red social* como herramienta analítica se basa en el individuo en relación con otros individuos dentro de grupos estructurados, y en los lazos que los unen. Fue Barns (1954) quién empleó por primera vez el concepto de red social para describir el orden de relaciones sociales entre los habitantes de la ciudad Noruega de Brennes y así explicar sus conductas dentro de la comunidad. El concepto de *red social* ha sido utilizado como principio metodológico, al menos implícitamente, en estudios de Labov y Gumperz (1987: 45). Milroy también menciona que Blom, Gumperz y Hennes lo utilizaron explícitamente en diferentes estudios, así como varios antropólogos europeos en Belfast durante las décadas de los 70 y los 80 (1987: 45).

La aplicación de la *red social* como herramienta analítica exige que se conozcan los elementos que la integran. La *red social* se entiende como un mecanismo de intercambio de bienes y servicios que, a su vez, conllevan derechos y obligaciones. Como punto de partida está el individuo o “ancla” que simboliza el “foco” del cuál brotan conexiones hacia las diferentes personas que mantienen relaciones con él y que se conocen como “puntos.” Estas personas que están directamente relacionadas con el “foco” pertenecen a la “zona de primer orden”. Los miembros de la zona de primer orden conocen a otras personas que pueden o no entrar en contacto con el individuo “foco.” Estos “amigos de amigos,” como los describe Milroy (1987: 53), forman parte de la “zona de segundo orden”, y pueden resultar muy útiles para el investigador.

Los bienes y servicios que propician el intercambio pueden adoptar diversas formas como, por ejemplo, saludos, bromas, y ayuda futura. Por consiguiente, la mayoría de los *eventos de habla* forman parte del intercambio. Para que dicho intercambio tome lugar, los bienes y servicios deben fluir en ambas direcciones entre el foco y los puntos de la zona de primer y / o segundo orden. El intercambio de bienes y servicios dentro de la red también puede afectar al investigador al momento de las entrevistas e, incluso, de la aplicación de las encuestas. Para que la participante, en este caso, desee colaborar con el entrevistador, éste

debe ofrecerle “algo” a cambio. Puede ser interés en lo que la paciente tiene que decir, empatía por un miembro del mismo sexo, y /o la búsqueda de razones por las cuales luchar.

En cuanto a las características de la red, éstas pueden ser *de estructura* o *de contenido*. Milroy (1987: 49) cita a Boissevain quién logra aislar dichas características al considerarlas complementarias en cualquier intento por describir de manera adecuada algún tipo de conducta social (1987: 50). La densidad es una de las características estructurales principales de la red. La densidad depende, específicamente, de la existencia o ausencia de lazos entre los individuos que están relacionados con el foco de la red. Si los contactos del foco se conocen entre sí, entonces se trata de una *red densa*. Si en cambio no existe relación entre los contactos, la red es *difusa*. La fórmula propuesta por Milroy para calcular la densidad de una red es el porcentaje que resulta al dividir el total de conexiones posibles entre los miembros de la red por el total de conexiones que realmente existen entre ellos:

$$D = \frac{100 N_a}{N} \%$$

N_a representa el número de lazos reales dentro de la red y N el total de lazos posibles

Los segmentos de la red que exhiben una densidad relativamente mayor se conocen como “clusters” o *microgrupos*, otro de los conceptos que maneja Milroy. Las relaciones entre los miembros de un microgrupo se pueden considerar también como relaciones de contenido. La *red social* personal de un individuo consta de una serie de microgrupos cuyos miembros están unidos por diferentes tipos de lazos: ocupación, religión, parentesco, entre otras. Los microgrupos más densos actúan como vehículos en la implementación de normas ejerciendo su influencia sobre el comportamiento de sus miembros. La conducta lingüística de los miembros de la red está incluida dentro de dicho comportamiento. Según Milroy, los miembros de las redes densas tienden a ceñirse a ciertos patrones lingüísticos de manera más estrecha que los integrantes de redes difusas, en las cuáles la variabilidad individual es más común.

El número de lazos dentro de una *red social* es importante, pero lo es aún más el contenido de dichos lazos, sobre todo si deseamos explorar la influencia de la red sobre sus integrantes. Las conexiones o lazos pueden relacionar a los individuos en uno o más niveles. Un grupo de personas puede tener en común la escuela de sus hijos. Pero es posible que haya un subgrupo dentro de éste en el cuál los papás y los niños se frecuentan afuera de la escuela, por ejemplo, en un club, o que coinciden en reuniones, o que son vecinos. Es

probable que el grado de integración en una red con lazo único de unión entre sus miembros sea mucho más variable que en una red con lazos múltiples de unión. Un individuo puede tener un número mayor de lazos únicos o de lazos múltiples dentro de su red social personal. Para calcular esta característica, se divide el total de lazos múltiples posibles sobre el total de lazos relevantes dentro de la red, como lo indica la fórmula que aparece a continuación:

$$M = \frac{Nm}{N} \times 100\%$$

Nm representa el número de lazos múltiples y *N* es el número de lazos reales.

La predominancia de lazos múltiples y la densidad suelen coincidir dentro de una red y ambas propician la implementación de normas sobre los miembros de dicha red. Las redes densas y con lazos múltiples entre sus integrantes son, por lo general, típicas de comunidades pequeñas y de las clases trabajadoras. También se les relaciona con el concepto de *estrato social*. Aún cuando los conceptos de densidad, de “clustering” y de lazos múltiples parezcan un tanto abstractos, Milroy define su importancia en términos de la objetividad que aportan al trabajo del investigador.

4.1.2 Aplicación a este trabajo

En términos de esta investigación, la *red social* resulta una herramienta de análisis potencialmente atractiva y útil por varias razones. En primer lugar, permite una postura interdisciplinaria más flexible que coincide con el enfoque que pretendo dar a este trabajo. Mi hipótesis en esta investigación se basa en el comportamiento lingüístico femenino dentro del contexto de la consulta ginecológica y de la consulta pediátrica. Utilizando como punto de partida el nivel de escolaridad alcanzado por la paciente y el hospital donde se atiende la mujer, he trabajado con tres redes sociales diferentes. De acuerdo con Silva-Corvalán, los “miembros de una red social comparten las reglas que regulan la conducta lingüística en diferentes situaciones” (2001: 7). De ser así, los miembros de las tres redes que este trabajo explora deberían compartir un conocimiento de lo que “se debe” y de lo que “no se debe” decir en una situación determinada. En segundo término, me permitiría indagar si la densidad y el porcentaje y tipo de lazo varía según el grupo sociocultural o red, ya que, por lo general, “las clases medias de los grandes centros urbanos no pertenecen a redes sociales densas” (Silva-Corvalán, 2001: 114). Por último, el enfoque de la red social permite agrupar

al médico, a sus pacientes, a las enfermeras y recepcionistas dentro de una misma estructura, tarea que hubiera sido mucho más complicada de haber intentado utilizar la idea de *comunidad*.¹

Una vez explorado el concepto de *red social* y sus características principales así como las razones para haber escogido dicho enfoque analítico, el paso que sigue es la construcción de este trabajo de investigación en términos de la red social. En esta investigación se manejan tres redes sociales, cada una definida por el centro de atención al que asiste la mujer a sus consultas ginecológicas y a las consultas pediátricas de su(s) hijo(s). Las encuestas han sido aplicadas en las salas de espera de un hospital privado, de un sanatorio tipo familiar, y de un hospital del Seguro Social. Cada *red social* está integrada por el médico, sus pacientes, la(s) enfermera(s) y la(s) recepcionista(s). En cuanto a mi papel dentro de la red éste también varía según el centro de salud. El primer paso importante al analizar una *red social* es definir la relación que existe entre el investigador y la red que intenta explorar. En el hospital privado y en el sanatorio familiar mi papel fluctúa entre “insider” y “outsider”. Comparto la condición de ser mujer y el hecho de haber sido o de poder ser paciente del doctor. La actitud de las mujeres es, por lo general, de colaboración, aunque no faltan pacientes que prefieren no contestar la encuesta por falta de tiempo. En ambos casos se percibe un cierto temor a criticar al médico. El hecho de proporcionar datos personales conlleva ciertos riesgos (Coates, 1996: 165). En el caso del hospital del Seguro Social, mi presencia se percibe más como “outsider” que como “insider”. Sigo teniendo en común el hecho de ser mujer, pero no dejo de ser la observadora / entrevistadora, es decir la “extraña”. Mi presencia continua tiende a disminuir la actitud de desconfianza de las pacientes ya que algunas me han visto en más de una ocasión en la sala de espera.

Con respecto a los lazos de unión entre los miembros de la red, éstos también varían, aunque de manera un tanto sutil. En el hospital privado las mujeres comparten un lazo único: todas asisten con un mismo médico dentro del mismo hospital. Sucede que algunas se conocen, pero rara vez me tocó atestiguarlo. En el sanatorio familiar se aprecian lazos múltiples entre las pacientes. Todas se atienden con el mismo doctor y

¹ El concepto de comunidad ha sido objeto de descuerdo y varios autores han mencionado este hecho. Blas Arroyo, 1998; Bloomfield, 1933; Gimeno Menéndez, 1987; Gumperz, 1968; Labov, 1972; Romaine, 1982; Santa Ana y Parodi, 1998; Silva Corvalán, 2001. Silva-Corvalán concluye que al utilizar el concepto de comunidad, hay que tener en cuenta que, objetivamente hablando, no existen grupos discretos como sugeriría dicho concepto. “...el concepto de comunidad ... implica un cierto nivel de abstracción...” (2001: 115). Silva Corvalán (2001) define comunidad como “grupo de individuos concentrados en un área geográfica dentro de la cual realizan la mayor parte de sus actividades”. Para que exista una comunidad, sus miembros necesitan estar conscientes de que son parte de ella y de que su comunidad difiere de otras comunidades. Además deben identificarse con los intereses, con el estilo de vida y con los objetivos de los demás miembros de su comunidad. (2001: 114)

muchas están emparentadas entre sí. Debido al horario y a las dimensiones más reducidas del sanatorio, las mujeres suelen coincidir en los días de sus consultas, por lo cual varias de ellas se conocen. También consultan al doctor algunos familiares de las enfermeras y recepcionistas que ahí trabajan. Por último, algunas de las mujeres recuerdan haberme visto como paciente de su médico o me conocen como esposa de otro de los médicos que da consulta en ese mismo sanatorio. En cuanto al hospital de Seguro Social, el lazo único es que somos miembros del mismo sexo y que muchos de los doctores que atienden tanto en el hospital privado como en el sanatorio familiar, también trabajan o trabajaron en el Seguro Social.

4.2 Selección de la muestra de participantes

La selección de informantes también resultó un factor difícil de definir, dado que se debía asegurar una muestra representativa de la población femenina que asiste al ginecólogo en una ciudad tan heterogénea como la Ciudad de México. Debido al objetivo de mi estudio y a la hipótesis que me sirvió de punto de partida, decidí guiarme por un muestreo intencional o predeterminado que Silva-Corvalán define de la siguiente manera “consiste en establecer de antemano las categorías sociales y el número total de individuos que se desea incluir en el estudio” (2001: 44). Me decidí por 60 informantes para las encuestas ginecológicas y otras 60 para las encuestas pediátricas. En cuanto a los médicos, fueron 6 los que respondieron la encuesta: tres ginecólogos, dos hombres y una mujer, y tres pediatras, dos mujeres y un hombre, uno de cada contexto de atención dentro de cada una de las dos especialidades.

Con el fin de lograr un nivel de representatividad idóneo, escogí mujeres dentro de tres contextos ginecológicos diferentes: un hospital del Seguro Social, un sanatorio familiar (la consulta oscila entre los 300 y los 400 pesos), y un hospital privado de primer nivel² (la consulta varía entre los 700 y los 900 pesos). Estos tres contextos de atención médica difieren no sólo en el precio de la consulta, sino en sus instalaciones, facilidades y atención, aspectos relevantes en este estudio.

Otro aspecto delicado en la selección de la muestra fue la estratificación social de las informantes. Uno de los métodos utilizados para llevar a cabo esta labor es preguntarles a las informantes mismas. Sin embargo,

² Según García-Eroles et al este nivel de hospitales “agrupa a aquellos centros privados que disponen de servicios denominados de referencia en la clasificación de hospitales del SNS (cirugía cardíaca, cirugía torácica y neurocirugía) y realizan un volumen determinado de dicha actividad. (2001: 107-116)

para evitar inconsistencias y situaciones incómodas, decidí guiarme por los datos que las pacientes me proporcionaron: *ocupación, nivel de escolaridad alcanzado e institución en la que se atiende.*

4.3 Recolección de datos

Para el proceso de recolección de datos escogí el cuestionario, herramienta que permite reunir un número importante de datos en un periodo de tiempo limitado y contando con la participación del informante. El cuestionario constituye una herramienta recomendada para el estudio del léxico que permite la valoración tanto cuantitativa como cualitativa de los datos proporcionados (Moreno, 1990: 98). Lo que es aún más importante es que, al contestar el cuestionario de manera escrita, la mujer cuenta con cierta privacidad que la motiva a proporcionar datos que de otra manera tal vez preferiría omitir.

Fueron dos las encuestas que se aplicaron a las participantes, una ginecológica y la otra pediátrica, cada una dividida a su vez en dos partes. La primera parte de cada encuesta incluyó una serie de preguntas dirigidas y semi-dirigidas redactadas con el propósito de dar respuesta a las preguntas que guiaron esta investigación. La orientación de esta primera parte fue principalmente cualitativa. Al final de la encuesta incluí el rubro “observaciones” que probó ser muy útil ya que en ese espacio obtuve algunos de los comentarios más interesantes. Asimismo, y dado que mi intención era medir la competencia léxica³ de las mujeres en dos contextos médicos, inserté en la segunda parte de la encuesta una lista de veinte palabras dentro del campo semántico de la ginecología y otras veinte dentro del campo semántico de la pediatría que a menudo surgen durante sendas consultas. Aunque los vocablos varían en dificultad, traté de escoger los que _ en mi experiencia personal _ se utilizan más a menudo. Sin embargo, y con el propósito de afinar mis métodos de investigación para este proyecto, decidí elaborar una nueva lista de palabras para ambos campos semánticos. Para ello, entrevisté a seis mujeres y seis médicos los cuales me proporcionaron veinte palabras que en su opinión se utilizan más a menudo durante la consulta ginecológica y pediátrica, respectivamente. En el campo semántico ginecológico, el léxico obtenido de las entrevistas se puede clasificar dentro de cuatro

³ Dik define la competencia lexical como “la habilidad para utilizar palabras de forma apropiada y efectiva en la interacción verbal” (1997: 5-6). Marconi describe la competencia léxica en términos del aspecto referencial o sea de la aplicación del vocabulario a la vida real (nombrar, contestar, designar) y del aspecto inferencial, que el autor define como las conexiones entre palabras, sinónimos, paráfrasis e inferencias semánticas. (2000: 79-99)

categorías: *ginecología* o problemas de la mujer, *anatomía* o partes del aparato reproductor, *obstetricia* o problemas relacionados con infertilidad y embarazo, y *patología* o anomalías y enfermedades. La tabla que aparece a continuación contiene las palabras escogidas a partir de las entrevistas a mujeres y médicos.

Ginecología (problemas de la mujer)	Anatomía (partes del aparato reproductor)	Obstetricia (problemas relacionados con infertilidad y embarazo)	Patología (anomalías y enfermedades)
Histerectomía	Ovarios	Anticonceptivos	Cáncer cervicouterino
Legrado	Senos	Infertilidad	Cáncer de mama
Frigidez	Útero	Ritmo	Hemorragia
Menopausia	Vagina	Vasectomía	Mioma
	Endometrio		Tumor

Tabla 1 Campo semántico ginecológico

En cuanto al campo semántico pediátrico, las palabras propuestas por los entrevistados se pueden clasificar dentro de las siguientes cuatro categorías: *anatomía*, *signos y síntomas*, *tratamientos*, y *patologías*. Las palabras escogidas aparecen en la tabla que se presenta a continuación.

Anatomía	Signos y síntomas	Tratamiento	Patología
Adenoides	Cólicos	Antibiótico	Deshidratación
Prepucio	Constipación	Inhaloterapia	Luxación de cadera
	Diarrea	Suero oral	Sinusitis
	Expectorar	Vacuna	Virus
	Fiebre		
	Flema		
	Regurgitar		
	Salpullido		
	Tos		

Tabla 2 Campo semántico pediátrico

Esta segunda parte de las encuestas se enfocó en la competencia léxica de las mujeres con respecto al vocabulario ginecológico y pediátrico, específicamente. El léxico que la mujer maneja dentro de sendos campos semánticos afecta su *competencia sociolingüística* al momento de interactuar con el médico. Recordemos que la competencia sociolingüística es la que guía el desenvolvimiento del hablante, en este caso la mujer, dentro de un contexto social específico (la consulta médica). La competencia sociolingüística se plasma en los juicios que la mujer realiza sobre lo que debe o no debe decir (*apropiado vs. inapropiado*).

Como bien lo expresa Martín Butragueño en el prólogo del libro de Ávila *Estudios de Semántica Social*, “...de lo que no sé, no hablo o, en otras palabras, de lo que no se puede hablar, lo mejor es callar” (1999: 7).

En la búsqueda de un instrumento cuantitativo más riguroso dirigido hacia el aspecto léxico-semántico de esta investigación, utilicé la Escala de Conocimiento de Vocabulario o VKS (*Vocabulary Knowledge Scale*) de Wesche y Paribakht (1993). Los autores desarrollaron esta escala con el propósito de medir el vocabulario de alumnos de segundas lenguas, debido a que consideraban que las escalas ya existentes medían el tamaño o amplitud del vocabulario pero no su profundidad (Harley, 1996: 4). Para Wesche y Paribakht, una escala de medición de vocabulario debe arrojar datos más específicos sobre aspectos o grados de conocimiento que el alumno posee con respecto a cierto grupo de palabras. La Escala de Conocimiento de Vocabulario cumple el doble propósito de indicar el conocimiento que el individuo demuestra tener (*performance*) y el conocimiento que él mismo informa que tiene (*self-report*). Aunque esta escala ha sido utilizada para estudiantes de segundas lenguas, muchos presupuestos teóricos sobre los que se erige surgen de observaciones y estudios practicados en nativo hablantes con respecto a su lengua materna. Harley afirma que

...native speakers ... know a greater or lesser number of words in a given language, and they know individual words more or less thoroughly in terms of their formal properties, their range of meanings, and the relations they enter into with other words.

[... los nativo hablantes conocen un número mayor o menor de palabras en una lengua dada, y conocen ciertas palabras de manera individual más o menos a fondo en términos de sus propiedades formales, de su rango de significados, y de las relaciones que establecen con otras palabras] (1996: 3)

El aprendizaje en contexto ha probado ser una fuente exitosa para incrementar el vocabulario de la lengua materna, mucho más que la enseñanza directa. Sin embargo, el lector que deduce el significado de una palabra a través del contexto en el que se halla, tiene menos probabilidades de aprender el significado de la palabra en sí, debido a la falta de necesidad para hacerlo. Bensoussan y Laufer (1984) concluyen que la deducción de significado a través del contexto está más relacionada con la habilidad del lector para aplicar las ideas preconcebidas que tiene sobre un término o frase que con una función específica que esté desarrollando. Asimismo, aunque el lenguaje oral es importante, el escrito enfrenta al individuo a terminología poco

frecuente que la lectura asidua puede impulsar debido a que el aprendizaje de vocabulario es gradual y depende de la exposición continua (Paribakht y Wesche,1993: 174). Pero la conclusión más relevante, en términos de esta investigación, es que el conocimiento de vocabulario que un individuo posee varía a lo largo de la dimensión receptivo-productiva. Es decir que hay palabras que se reconocen sólo en un contexto muy rico en “pistas” (*tips*) mientras que otras se reconocen de manera casi espontánea. Del mismo modo, un hablante puede emplear una palabra al hablar de acuerdo con su significado más usual, pero no ser capaz de definirla o parafrasearla.

La Escala de Conocimiento de Vocabulario consta de cinco puntos y combina items de reporte (*self-report*) y de desempeño (*performance*). La escala va del 1 o desconocimiento total del item hasta el 5 o habilidad para usar el item en una oración con precisión gramatical y semántica. Se presenta una lista de palabras que, como en este caso, pueden pertenecer a un campo semántico en particular y se le indica a la persona encuestada que marque su nivel de conocimiento para cada palabra (*self-report*), y en los niveles III, IV y V, que demuestre que posee dicho conocimiento (*performance*). A continuación se incluye la adaptación de dicha escala utilizada como el instrumento de medición en la segunda parte de la encuesta:

Categorías de reporte	
I	No conozco esta palabra
II	Conozco esta palabra, pero no sé qué significa
III	Creo que esta palabra significa: _____
IV	Esta palabra significa _____
V	Usaría esta palabra en la siguiente oración: _____

Tabla 3 Escala de Conocimiento de Vocabulario, adaptada de Wesche y Paribakht, 1996

En cuanto al puntaje, se le asigna 1 y 2 puntos a las categorías I y II respectivamente. Si se proporciona una respuesta incorrecta en las categorías III, IV ó V, éstas reciben 2 puntos. Se asignan tres puntos al sinónimo correcto en las categorías III ó IV, y si se consigue utilizar la palabra en una oración demostrando conocimiento de su significado pero gramáticamente incorrecta, se asignan 4 puntos a la respuesta. En cambio, si la palabra se utiliza de manera apropiada tanto en el aspecto semántico como en el sintáctico, el

puntaje es de 5, tomando en cuenta que el resto de la oración puede contener errores. A continuación se incluye una adaptación de la relación entre las categorías y los puntajes posibles.

CATEGORÍAS DE AUTOEVALUACIÓN	PUNTAJE POSIBLE	SIGNIFICADO DEL PUNTAJE
I	1	La palabra resulta desconocida
II	2	La palabra resulta conocida pero su significado no.
III	3	Se proporciona un sinónimo correcto.
IV	4	La palabra se utiliza en una oración con precisión semántica.
V	5	La palabra se utiliza en una oración con precisión semántica y gramatical.

Tabla 4 Relación entre categorías, posible puntaje y significado del puntaje
Adaptado de Wesche y Paribakht, 1996

Antes de aplicar las encuestas, llevé a cabo un primer pilotaje de cada encuesta (ginecológica y pediátrica) a un total de veinte mujeres. Tras analizar las preguntas y, sobre todo, los datos obtenidos y los no obtenidos, realicé cambios en la redacción y organización de las encuestas, dando origen al formato final (Anexos A y B).

Los datos proporcionados por los médicos también se obtuvieron por medio de una encuesta, la cual incluyó elementos complementarios a los de las encuestas de las participantes con el fin de comprobar la coincidencia o disparidad entre las percepciones de la paciente o de la mamá del paciente y el doctor (Anexos C y D).

4.4 ANÁLISIS DE DATOS

4.4.1 PRIMERA PARTE DE LAS ENCUESTAS GINECOLÓGICAS

La primera parte de la encuesta ginecológica recoge las variables sociales de *edad, nivel de escolaridad alcanzado, ocupación e institución en la que se atiende*, así como la *razón para visitar al ginecólogo* (elección propia o recomendación de algún seguro) seguido de diez preguntas dirigidas y semi-dirigidas con

las que se busca dar respuesta a las preguntas de investigación propuestas en este trabajo. En la pregunta número 4 se incluye una lista de palabras dentro del campo semántico de la ginecología y se le solicita a la informante que las califique del 1 al 5 de acuerdo con la dificultad que representan para ella (5= muy difícil y 1= fácil). Las respuestas provenientes de esta lista van a ser comparadas con los resultados de la segunda parte de la encuesta.

Las encuestas ginecológicas se analizan dentro de los tres contextos de atención médica que se escogieron para esta investigación: *hospital privado* (primer nivel), *sanatorio familiar* y *hospital del Seguro Social*. Fueron diez las participantes que respondieron la encuesta ginecológica en cada uno de estos hospitales.

4.4.1.1 Hospital privado (primer nivel)

El primer contexto de atención médica que se analiza es el *hospital privado*, en el que la consulta ginecológica oscila entre los \$700 y los \$900. En la tabla 4, que aparece a continuación, se pueden apreciar las variables sociales recogidas al principio de la encuesta ginecológica. Dichas variables incluyen la *edad* y el *nivel de escolaridad alcanzado* por las informantes.

Escolaridad alcanzada						
Edad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29			1	1		
30-39				5	1	
40-49				1	1	
50-59						

Tabla 5 Edad y escolaridad de las informantes

De las diez mujeres que contestaron la encuesta ginecológica en el hospital privado, 20% tenían entre 20 y 29 años; 60 % entre 30 y 39 años, y 20% entre 40 y 49 años y todas las informantes indicaron haber ido con ese ginecólogo en particular por elección propia.

El 70% de las informantes tenía licenciatura, el 20% maestría y sólo el 10 % alcanzó el nivel de preparatoria.

En la tabla que aparece a continuación, se indica qué preguntas quedaron sin contestar y cuántas veces.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
# de encuestas en las que no se contestó	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1

Tabla 6 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

Las informantes de este grupo contestaron un 97% de las preguntas. La pregunta #5 “Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta ginecológica” quedó sin contestar en dos encuestas y la #10 “Si estuviera en sus manos mejorar las consultas ginecológicas, ¿qué propondría?” en una sola.

Análisis por pregunta

En esta sección, se reproducen las preguntas de la encuesta ginecológica aplicada en el hospital privado y se analizan las respuestas exponiendo las más representativas y/o interesantes en cuanto a la hipótesis propuesta.

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su médico?

El 40% de las informantes contestó que la consulta ginecológica dura 30 minutos o menos, y el 60 % restante que ésta dura más de media hora. Esta pregunta tiene como propósito comparar cuánto tiempo le dedica el médico a su paciente dentro de cada uno de los tres contextos médicos a ser analizados

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta ginecológica que más le cuesta comprender?

El 70% de las pacientes reportó no tener ningún problema para comprender las explicaciones del médico.

Algunas de las respuestas fueron:

“Si el doctor usa alguna palabra técnica, pregunto...”

“las explicaciones en términos médicos...”

“los tecnicismos, pero se resuelven utilizando lenguaje más sencillo, o sinónimos”

“Ninguna”, “ninguna porque es muy claro”, “entiendo casi todo”, “ninguna porque de no saberlo le pregunto al médico”

“En realidad ninguna, ya que mi doctor trata de ser lo más claro posible”

En las demás respuestas aparecen “palabras técnicas”, “términos médicos” y “tecnicismos” para referirse al vocabulario especializado que está en discusión en este trabajo.

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su ginecólogo, le pregunta a él mismo, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?

El 80% de las mujeres respondió que cuando tenían dudas le preguntaban a su ginecólogo. Algunas de las respuestas fueron:

“A él, porque tiene mayor conocimiento y le tengo confianza”

“Por lo general es a él a quien le pregunto”

“A él y tal vez después lo comente con alguna amiga o familiar. Porque así obtengo una explicación formal y luego me enriquezco con otra experiencia más coloquial”

4. Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5(siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil). A continuación aparecen los resultados correspondientes a este grupo de encuestas:

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Biopsia	70	10	10	10	
Cesárea	90	10			
Condón	90	10			
Cólicos	90	10			
Matriz	90	10			
Senos	90	10			
Ovarios	90	10			
Útero	80	10	10		
Vagina	80	10	10		
Cáncer de mama	90			10	
Cáncer cervicouterino	80	10		10	
Endometrio	40	30	10		20
Anticonceptivos	90	10			
Hemorragia	90	10			
Histerectomía	40	10	20		30
Infertilidad	80		20		
Legrado	80	10	10		
Mioma	50	10	20	10	10
Ritmo	90	10			
Tumor	80	10	10		
Vasectomía	80	10	10		
Menopausia	70	20	10		
Frigidez	70	20	10		

Tabla 7 Grado de dificultad de términos ginecológicos (en porcentaje)

Las palabras que las informantes calificaron como las de mayor grado de dificultad fueron: *endometrio* (20%), *histerectomía* (30%) y *mioma* (10%), en primer lugar, y *biopsia* (10%), *cáncer de mama* (10%), y *cáncer cervicouterino* (10%) en segundo lugar.

5. Los términos que más les cuesta utilizar a las informantes durante la consulta ginecológica, en sus propias palabras, son:

senos	periodo
infertilidad	relaciones sexuales
cólicos	penetración
matriz	vagina
cáncer	frigidez
legrado	condón
histerectomía	endometrio

Algunas informantes agregaron que les costaba utilizar estas palabras por “pena” o por “pudor” no por desconocimiento.

6. Las mujeres de este grupo comprueban si su médico las entiende:

“Dependiendo cómo me contesta o qué me contesta”

“Si la respuesta aclara mis dudas y esto me da pauta para reflexionar”

“Por la contestación que me da”

“Cuando ya se ha establecido una empatía y satisface mis inquietudes y dudas en la consulta”

“Por la manera en que me contesta o lo consulto en un libro” (ésta es la misma informante que aseguró que su médico era muy claro)

“Pidiéndole que repita mis síntomas”

“Yo le pregunto si me explico o no, y trato de proporcionar los datos que él me pide para poder entenderme”

“Por la atención que presta durante la consulta y por cómo me siento durante y después”

7. En cuanto a si consideraban que el ginecólogo, por su especialidad, debía procurar establecer una relación de más confianza con sus pacientes, algunas de las respuestas fueron:

“Sí. Porque está checando tu salud en partes del cuerpo que no permites que nadie vea”

“No, considero que todos los especialistas deben tener la misma relación y el mismo profesionalismo”

“...pero el ginecólogo precisamente por su función debe generar confianza”

“...ir al ginecólogo no es una visita muy cómoda y si no hay una relación cordial, de confianza, se vuelve desagradable”

“Sí, porque pienso que no es un lenguaje muy sencillo”

“En mi caso sí me gusta que tengan un trato más cercano y afable, pero a muchas les disgusta ya que piensan que el médico se está sobrepasando”

“Creo que es el especialista que tiene una relación más estrecha con sus pacientes ya que debido a su trabajo así lo requiere”

“...que te expliquen qué te están haciendo con seriedad y respeto, sería de mal gusto que el doctor quisiera hacerse el chistoso o que contara chistes”

8. Al preguntarles sobre lo más positivo y lo más negativo que les había sucedido alguna vez durante la consulta, se obtuvieron sólo eventos negativos:

“En el extranjero consulté a un doctor muy frío, fue desagradable”

“A nivel institucional las cosas son diferentes...poco interés y muy mal trato ya que no [le] van a cobrar a uno directamente”

9. La razón más citada para recomendar a su médico fue la *confianza*. Otras razones fueron:

“porque satisface dudas”

“por su trato”

“Por su respeto, claridad, responsabilidad”

Por su “eficacia”

Por el “profesionalismo”

Por la “seguridad que ofrece”

10. Entre los aspectos de la consulta ginecológica que les gustaría mejorar, las participantes propusieron:

“puntualidad”

“no dejar ir al paciente sin estar seguro de haber aclarado todas sus dudas”

“que los médicos adecuaran su lenguaje al nivel de su paciente para facilitar la comunicación”

“lograr un clima de confianza con la paciente (la misma paciente afirmó que no le gustaba que hubiera demasiado confianza con su médico)

“que no tuvieran un trato tan distante, sin llegar a demasiada confianza”

“que hubiera un costo de consulta incluyendo Papa Nicolaou y ultrasonido bajo y con acceso a casi todos los niveles”

“...más información sobre prevenir enfermedades malignas...”

“...más equipo tecnológico”

“... a lo mejor lo que habría que mejorar son las [consultas] del sector público ya que carecen de utensilios modernos en las consultas generales”

En el rubro “**comentarios**” también surgieron ideas interesantes.

“Me parece buena la encuesta para que [se den cuenta] que hay muchas mujeres a las que no les gusta la consulta con el ginecólogo y desconocemos nuestro cuerpo”

“Me parece que es importante saber lo que pensamos las mujeres sobre el ginecólogo, porque muchas mujeres de oír la palabra sienten un malestar como traumático”

“No es fácil someterse a una entrevista, análisis, y me parece que más es la actitud de una misma”

“Sería importante que el médico no tuviera prisa por terminar la consulta y que antes de recibirme checara tu expediente para recordar quien eres y qué tienes”

En general, las informantes de este grupo se mostraron muy cooperadoras como lo demuestra el hecho de que respondieron el 97% de la preguntas. Sus respuestas indicaron que sienten respeto y confianza por su ginecólogo y que éste último es claro en sus explicaciones.

4.4.1.2 Sanatorio familiar

El segundo contexto médico propuesto es el del sanatorio familiar. Las mujeres que asisten con el ginecólogo en este sanatorio pagan de \$300 a \$400 por consulta. La tabla 7 muestra la edad y escolaridad alcanzada por las informantes de esta red.

Escolaridad alcanzada

Edad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29			2			
30-39			2	2		
40-49		2		1		
50-59			1			

Tabla 8 Edad y escolaridad de las informantes

Como se puede observar, 20% de las informantes sólo llegó a completar secundaria, el 50% preparatoria y el 30% alcanzó el nivel de licenciatura. El 20% de las pacientes estaba en el rango de los 20 a los 29 años, el 40% entre los 30 y los 39, el 30% entre los 40 y los 49 y sólo el 10% entre los 50 y los 59.

El 70% de las informantes indicó haber ido con ese ginecólogo en particular por elección propia, el 10% lo hizo por recomendación de un seguro y el 20% no contestó. El número de encuestas en las que una pregunta no se contestó, aparece en la tabla 9.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
# de encuestas en las que no se contestó	—	—	—	—	2	1	—	3	—	1

Tabla 9 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

Las informantes de esta red contestaron un 93% de las preguntas. La pregunta #5 “Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta ginecológica“ quedó sin contestar en dos encuestas, la #6 “Cómo comprueba usted si su ginecólogo le entiende o no?” en una, la #8 “Explique en breves palabras lo más positivo y lo más negativo que le haya sucedido alguna vez durante una consulta ginecológica” en tres y la #10 “Si estuviera en sus manos mejorar las consultas ginecológicas, ¿qué propondría?” en una.

Análisis por pregunta

1. **Con respecto a la duración de la consulta**, sólo una persona reportó que la consulta con su ginecólogo duraba 15 minutos. El 40% aseguró que la consulta duraba 30 minutos y el 50% restante una hora.

2. **Cuáles son las explicaciones dentro de la consulta ginecológica que más le cuesta comprender?** Dentro de la consulta médica, el 40% de las pacientes no tiene ningún problema para comprender las explicaciones de su ginecólogo; el 50% sostiene que le cuesta entender el “vocabulario técnico” y los “nombres científicos”; y el 10% asegura que le cuesta retener las instrucciones preoperatorias.

3. **¿Qué hace usted cuando no le entiende a su ginecólogo, le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?** El 90% de las pacientes reporta que cuando no entienden algo le preguntan “de inmediato” al ginecólogo, por ser la persona “indicada”, “que sabe más”, “que usa los términos científicos” y sólo el 10% afirma que le pregunta al médico y a “otra persona”, sin especificar a quién.

4. Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5 (siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil). A continuación aparecen los resultados de este grupo de encuestas:

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Biopsia	70		10		20
Cesárea	90				10
Condón	90	10			
Cólicos	100				
Matriz	90	10			
Senos	90	10			
Ovarios	90	10			
Útero	90	10			
Vagina	90	10			
Cáncer de mama	50		20		30
Cáncer cervicouterino	30		20	10	40
Endometrio	20	10	10		60
Anticonceptivos	100				
Hemorragia	80	20			
Histerectomía	50		20		30
Infertilidad	70				30
Legrado	70		20		10
Mioma	40	20	20		20
Ritmo	70				30
Tumor	70	10	10		10
Vasectomía	80	10	10		
Menopausia	70	10	10		10
Frigidez	70		10		20

Tabla 10 Grado de dificultad de términos ginecológicos (en porcentaje)

Los términos que las mujeres de este grupo calificaron como más difíciles fueron: *biopsia* (20%), *cesárea* (10%), *cáncer de mama* (30%), *cáncer cervicouterino* (40%), *endometrio* (60%), *histerectomía* (30%), *infertilidad* (30%), *legrado* (10%), *mioma* (20%), *ritmo* (30%), *tumor* (10%), *menopausia* (10%) y *frigidez* (20%).

5. Al pedirles que mencionaran por lo menos cinco palabras que les costaba utilizar durante la consulta ginecológica, el 20% no contestó; el 40% contestó que no tenía palabras que no comprendiera, y el 40% mencionó los siguientes términos:

Sexo
Menopausia
Coito
Penetración
Histerectomía

Frigidez
Endometrio
Clamidia
Cáncer cervicouterino
Papiloma

Anticonceptivos (algunos)
Malestares que pueden ser infecciones

Ritmo

Vale la pena mencionar que en este ítem hubo quienes comentaron que algunas palabras se les dificultaban por “pudor” o “pena” y que “casi” no tenían dudas.

6. **A la pregunta de cómo comprueban si el ginecólogo les entiende**, algunas de las respuestas fueron:

“Siempre me ha entendido”

“Le pido que me explique lo que acabo de decir”

“Por la explicación que me da y si no da tantos rodeos...”

“Cuando me explica detalladamente mis dudas o lo que me está pasando en ese momento...”

“Por sus respuestas”

“En el modo de explicar lo que se le cuestiona”

“Por lo que dice”

“Porque pregunto. Si veo que no fui clara planteo nuevamente mi cuestionamiento e insisto hasta que yo quede satisfecha con su respuesta”

“Por su explicación de acuerdo a la pregunta que le hago”

7. **En cuanto a si consideraban que el ginecólogo, por su especialidad, debía procurar establecer una relación de más confianza con sus pacientes**, algunas de las respuestas fueron:

“Sí, tener(le) confianza”

“El hecho de ser mujer no quiere decir que el ginecólogo esté más apegado...”

“Todos deben tener igual su relación con los pacientes cualesquiera que sea su especialidad, ya que uno va a que lo atiendan y lo entiendan haciéndolo sentir seguro, cómodo y lo más tranquilo posible”

“Sí, porque se trata de temas relacionados con la intimidad”

“Debe de haber confianza y respeto”

“No, pienso que todas las especialidades son importantes en la medida que tratan partes de nuestro cuerpo y todas ellas son igual de importantes”

“Sí, porque en ocasiones la educación recibida en casa desde pequeño lo ponen como tabú y aunque el nivel educativo te ayuda a ver las cosas diferentes aún queda un poco de pena”

“El ginecólogo nos da confianza y nos explica el porqué de nuestra molestia y siempre nos recomienda que nos hagamos con anticipación las revisiones necesarias para nuestra salud...”

8. **Sobre lo más positivo y lo más negativo que les sucedió durante una consulta**, los comentarios fueron los siguientes: Lo más **positivo** fue:

“El trato”

“...creo que he corrido con suerte ya que siempre me atienden con respeto”

“La comprensión y empatía que demuestra”

“Que te expliquen de forma clara y precisa todas tus dudas”

Y lo más **negativo**:

Que ignore mi angustia o dudas”

“Pena a la exploración”

9. En cuanto a las razones para recomendar al médico, las respuestas de este grupo en general fueron:

“Por su salud y su higiene”

“Por la atención y lo bueno que es para consultar y dar diagnósticos acertadamente sin consultar a más especialistas”

“Por su educación y respeto, pero sobre todo por ser un doctor que escucha con atención y sin interrumpir cualquier duda o dolencia que una tenga”

10. En cuanto a las sugerencias para mejorar la consulta, las pacientes respondieron:

“En caso del Seguro Social, más tiempo y más limpieza”

“En caso del Seguro Social, la atención y sobre todo la higiene por parte de las enfermeras”

“Que haya más doctoras ginecólogas ya que en mi caso, el día de mi primer parto yo quería ver también mujeres dentro [del quirófano] y no sólo hombres”

“Que fueran más comprensivos [los doctores] y que tuvieran más paciencia con las pacientes”

“Que se tuviera material gráfico para hacer más claras las explicaciones”

“Que los accesorios que utilicen sean desechables”

“Hay médicos a los que sólo les interesa dar medicamento... para calmar las molestias y obtener un ingreso...”

“Me da gusto que haya mujeres preocupándose por mujeres. Creo que es la manera de empezar una unión entre nosotras”

En este grupo las informantes contestaron 93% de las preguntas pero un 50% indicó que le costaba entender el vocabulario médico especializado. En varias de sus respuestas hacen hincapié en el aspecto delicado de la consulta ginecológica y en la importancia del respeto por parte del médico.

4.4.1.3 Seguro Social

El hospital del Seguro Social constituye el tercer contexto de atención médica de este estudio. Las mujeres que acuden a este hospital no tienen la opción de escoger a su ginecólogo. En el cuadro que aparece a continuación se pueden apreciar los rangos de edad y el nivel escolar alcanzado por las informantes de este hospital.

Escolaridad alcanzada

Edad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29		2				
30-39		3		1		
40-49		1	2	1		
50-59						

Tabla 11 Edad y escolaridad de las informantes

El 70% de las informantes en este grupo reportó atenderse en el Seguro Social por decisión propia. En cuanto a la edad y el nivel de escolaridad, el 60% de las informantes alcanzó el nivel de secundaria, mientras que el 20% terminó preparatoria y el 20% alcanzó a cursar una licenciatura. Un 40% de las mujeres encuestadas estaba en el rango comprendido entre los 30 y los 39 años, otro 40% entre los 40 y los 49, y sólo el 20% entre los 20 y los 29 años.

El número de encuestas en las que una pregunta no se contestó, aparece en la tabla 12.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9
# de encuestas en las que no se contestó	—	1	—	—	2	1	—	—	—

Tabla 12 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

La pregunta número 5 quedó sin contestar en 2 encuestas, y las número 2 y 6 en una sola. En general, las informantes de este grupo contestaron todas las preguntas.

Análisis por pregunta

1. **¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con el ginecólogo?** El 40% de las mujeres reporta que la consulta dura menos de 30 minutos y el 60% restante, 30 minutos o más.

2. **¿En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta ginecológica que más le cuesta comprender?** Un 20% de las mujeres no tiene dudas con respecto a las explicaciones de su médico.

Las demás respondieron lo siguiente:

“Cuando hablan de las causas y del tratamiento a seguir en una enfermedad o infección”

“Las [palabras] que no son muy comunes o desconozco”

“La diferencia entre mioma y tumor”

“Los términos médicos” “Cuando me dice las cosas en términos médicos...”

“El autoexamen porque puedo no sentir algo que el doctor sí”

3. **¿Qué hace usted cuando no le entiende a su ginecólogo? ¿Le pregunta a él, a una amiga, o a otro doctor? ¿Por qué?** El 90% de las pacientes aseguró que cuando no entiende le pregunta a su ginecólogo, porque es “el que sabe de la especialidad”, “para que me explique con otras palabras”, “es quien conoce mi caso”, “le pregunto hasta que me quede claro”, “es la persona más indicada”. Un 10% respondió “al doctor o a la enfermera”.

4. **Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5 (siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil).** A continuación aparecen los resultados de este grupo de encuestas:

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Biopsia	70	10	10		10
Cesárea	60	10	10	10	10
Condón	100				
Cólicos	90	10			
Matriz	70	10	10		10

Senos	70	10	10		10
Ovarios	70	10	10		10
Útero	60		20		20
Vagina	80	10			10
Cáncer de mama	60	10			30
Cáncer cervicouterino	30	30			40
Endometrio	10	20	20	10	40
Anticonceptivos	10				
Hemorragia	60	10			30
Histerectomía	10	10	20	10	50
Infertilidad	70	10		10	10
Legrado	50		20		30
Mioma	30	10	50		10
Ritmo	60	20	10		10
Tumor	50	10	10	10	20
Vasectomía	60	10	20		10
Menopausia	70		30		
Frigidez	50	30	10		10

Tabla 13 Grado de dificultad de términos ginecológicos (en porcentaje)

Los términos que las mujeres de este grupo calificaron como más difíciles fueron: *biopsia* (10%), *cesárea* (10%), *matriz* (10%), *senos* (10%), *ovarios* (10%), *útero* (20%), *vagina* (10%), *cáncer de mama* (30%), *cáncer cervicouterino* (40%), *endometrio* (40%), *hemorragia* (30%), *histerectomía* (50%), *infertilidad* (10%), *legrado* (30%), *mioma* (10%), *ritmo* (10%), *tumor* (20%), *vasectomía* (10%) y *frigidez* (10%).

5. En cuanto a las cinco palabras que más les cuesta utilizar durante la consulta, las pacientes citaron:

Cáncer de mama	Infecciones
Ovarios	Histerectomía
Frigidez (20%)	Papanicolau cervicouterino
Cáncer cervicouterino	Salpingoclasia
Legrado	Vagina
Miomas	Senos
Biopsia	Pene
Endometrio	

Un 20% de las mujeres dejaron esta pregunta sin contestar y otro 20% contestó “ninguna.”

6. A la pregunta de cómo comprobaban si el ginecólogo les entendía o no, este grupo de mujeres respondió:

“ Si me da la respuesta correcta a lo que le pregunto”

“Cuando me hace repetir la pregunta, creo que no me entendió. Cuando yo pregunto y soy clara y precisa no titubeo en responder ni preguntar”

“Mencionándome las características de las molestias que siento”

“Cuando aclara las dudas que tengo”

“Por el tipo de explicación que me da, ya que a veces tengo idea de algunos conceptos”

“De acuerdo con lo que me contesta y diciéndome los síntomas según el tema que le pregunté”

“Porque le pregunto y me explica bien cualquier duda”

“Si me contesta extensamente lo que pregunto y me cuestiona más”

“Por la expresión (de la cara) cuando le comenta uno”

7. En cuanto a si consideraban que el ginecólogo, por su especialidad, debía procurar establecer una relación de más confianza con sus pacientes, algunas de las respuestas fueron:

“Yo creo que sí porque en esa especialidad hay muchos problemas y riesgos”

“No, yo pienso que todas las especialidades deben tener la misma atención”

“No”

“Sí, y sobre todo brindar confianza para que uno lo siga consultando”

“Creo que todos los especialistas deben procurar que sus pacientes les tengan más confianza, logrando así que la relación estrecha lleve a un mayor éxito los resultados”

“No porque todas las especialidades en una mujer son muy importantes y todas tienen sus riesgos por igual”

“No, solamente la de médico pues pueden malinterpretar”

“No, debe ser más explícito pero no mayor relación”

“Si. Generalmente lo tratan [a uno] como si fuera un objeto”

“No tanto una relación estrecha sino que el médico sea muy claro en sus términos”

8. Sobre lo más positivo y lo más negativo que les sucedió durante una consulta, las mujeres aportaron los siguientes comentarios:

Lo más **positivo** fue:

Me sacaron de dudas que tenía”

“El profesionalismo y la sinceridad del médico”

“Las buenas noticias, como los embarazos”

“ Que atiendan bien, que la consulta sea explícita”

“Me inspiró confianza [el médico] y mi embarazo llegó a buen término”

Y lo más **negativo** fue:

Cuando fui a perinatología sangrando estando embarazada y me dijeron que no era nada ‘Váyase a casa’ y a los 3 días perdí al bebé”

“En una consulta no me hice unos estudios por pena”

“Cuando me detectan una infección”

“Una ginecóloga que dijo que el condón no era un método anticonceptivo seguro”

“Que el médico te pregunte que medicamento quieres en vez de decir cual necesitas”

“que el ginecólogo o la gente de laboratorio no nos trate como es debido”

9. **Entre las razones para recomendar al ginecólogo o ginecólogos que le han tratado,**
citaron:

“ Por ser un buen médico, por confianza”

“Por la confianza que inspira en su modo de hablar, de tratar y sobre todo si hay higiene”

“No lo recomiendo mucho pues puede no ser del agrado de otra persona”

“Por su experiencia, trato, servicio y atención”

“Por el trato que recibo, lo atento y lo confiable”

10. **Para mejorar las consultas propusieron:**

“Que en el IMSS e ISSSTE fuera más rápida la atención, ya que se tardan horas en atender y cuando uno pasa son 5 minutos”

“Que se hicieran campañas”

“Que el servicio fuera más eficaz por parte de las instituciones de salud”

“En las consultas de instituciones públicas que no hicieran esperar tanto, y que el trato a la gente sea mejor”

“Que el doctor provoque mayor confianza en la paciente y en el caso de las embarazadas controlarles muy bien la dieta”

“Mejor calidad en el tiempo de consulta sin ser rápida por el gran número de pacientes que atender”

“Es de suma importancia la difusión de mayor educación sexual en nuestro país”

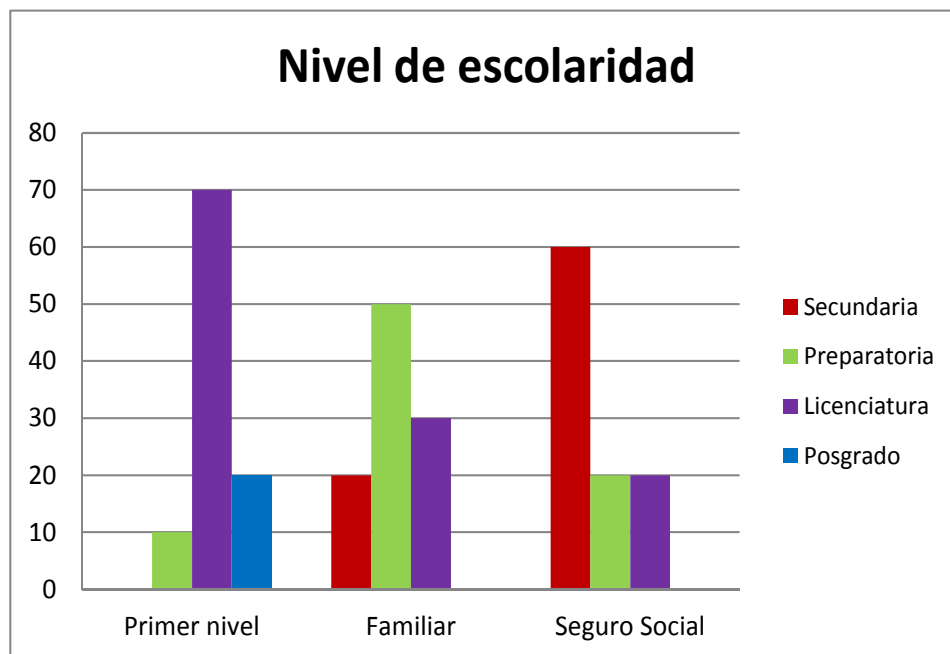
“Si tú asistes al IMSS o ISSSTE nunca eres bien atendido, generalmente sólo que sea emergencia o estés mal te pasan con el especialista”

“Que ojalá todos los médicos amaran su profesión y la ejercieran honestamente y no la ocupen para lucrar con ella engañando a veces a muchas mujeres o estafándolas dando y dando consultas sin tener nada”

Este grupo de mujeres mostró mucho interés en contestar la encuesta, en compartir sus experiencias y en expresar sus quejas y sugerencias. La gran mayoría acepta tener dudas con respecto al vocabulario especializado y son varias las respuestas en las que insisten en que la relación con el ginecólogo debe ser de confianza pero no más estrecha.

4.4.1.4 Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la ginecología en la primera parte de la encuesta

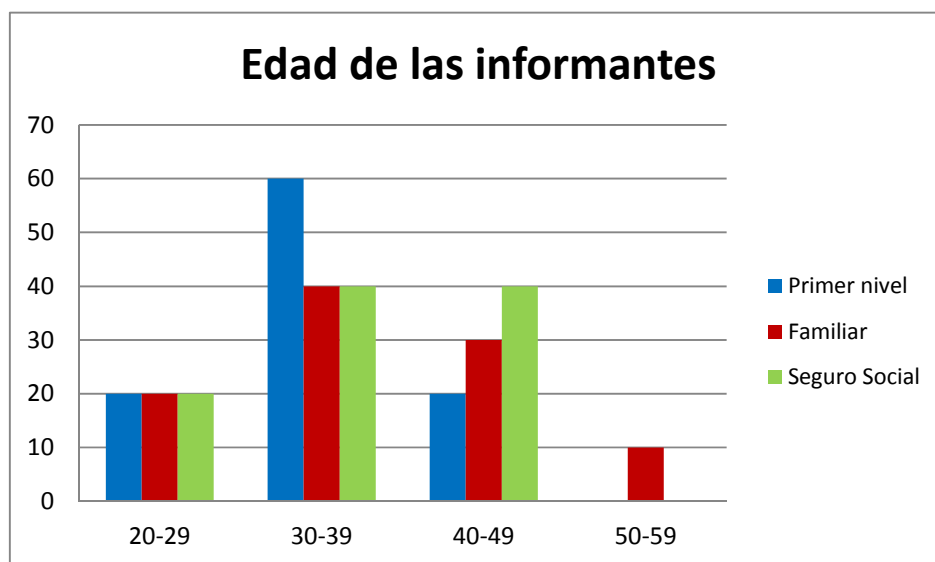
En la primera parte de las encuestas ginecológicas, se encuentran diferencias en el *nivel escolar* alcanzado por las informantes de los tres centros de atención médica. En el hospital privado, el 10% de las informantes acabó la preparatoria, el 70% tiene licenciatura, y el 20% llegó a niveles de posgrado. En el sanatorio familiar, 20% de las informantes terminó la secundaria, 50% la preparatoria y 30% de las informantes terminó una licenciatura. En el grupo que asiste al Seguro Social, 60% de las mujeres terminó la secundaria, 20% la preparatoria y 20% la licenciatura. A continuación se incluye una gráfica comparando estos datos:



Gráfica 1 Comparación del nivel escolar de las informantes en los tres contextos de atención ginecológica

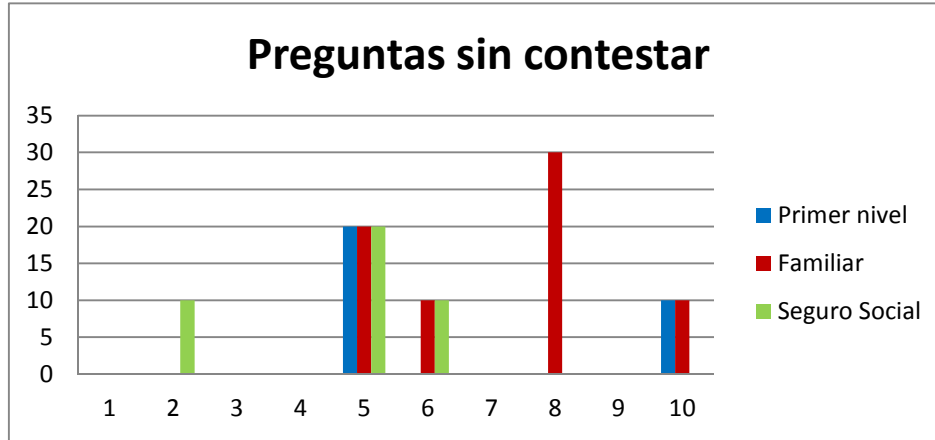
El nivel de escolaridad de las informantes es más alto en el hospital privado y mucho más bajo en el hospital del Seguro Social.

Los rangos de edad son similares en los tres contextos: en el hospital privado, el 60% de las pacientes está en el rango de los 30-39 años; en el caso de las otras dos instituciones, la mayoría de las pacientes está entre los rangos de 30-39 y de 40-49 años. Los rangos de 20-29 años y de 50-59 son los menos representados en los tres contextos como podemos apreciar en la gráfica que se incluye a continuación.



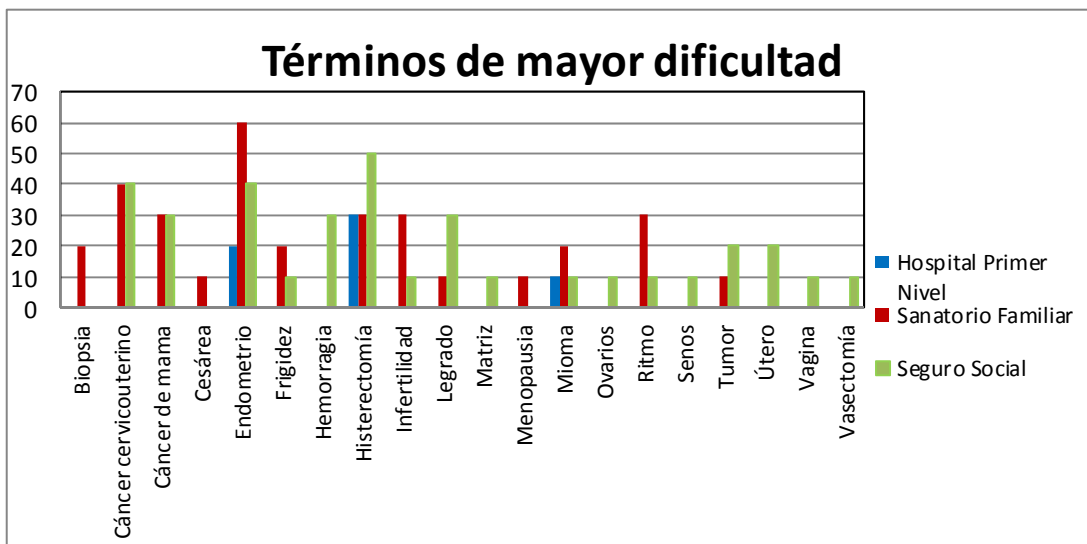
Gráfica 2 Comparación de los rangos de edad de las informantes en los tres contextos de atención ginecológica

La pregunta que quedó sin contestar un mayor número de veces en el total de las encuestas ginecológicas fue la #5 en la que se le solicita a la informante que proporcione cinco términos ginecológicos que le cueste utilizar durante la consulta. Sin embargo, son pocas las preguntas que quedan sin contestar en total en los tres grupos, siendo 3 en el grupo del hospital privado, 2 en el del sanatorio familiar y 4 en el del Seguro Social.



Gráfica 3 Comparación de las preguntas que quedaron sin contestar en los tres contextos de atención ginecológica

En el apartado #4, las mujeres calificaron las palabras proporcionadas de muy fácil (1) a muy difícil (5). La relación entre las palabras escogidas por las informantes de los tres contextos médicos se puede apreciar en la gráfica 4.



Gráfica 4 Comparación de los términos que las informantes calificaron como más difíciles en los tres contextos de atención ginecológica

Los términos que las mujeres califican como más difíciles en los tres contextos médicos son: *endometrio*, *histerectomía*, y *mioma*; también hay coincidencia en los términos *cáncer*, *frigidez*, *infertilidad*, *legrado*, *ritmo* y *tumor* pero sólo por parte de las informantes del sanatorio familiar y del hospital del Seguro Social.

4.4.2 PRIMERA PARTE DE LAS ENCUESTAS PEDIÁTRICAS

La primera parte de la encuesta pediátrica incluye un cuadro diseñado para recoger las variables sociales de *edad, nivel de escolaridad alcanzado, ocupación e institución en la que se atiende*, así como la *razón para visitar al pediatra* (elección propia o recomendación de algún seguro) seguido de diez preguntas dirigidas y semi-dirigidas con las que se busca dar respuesta a las preguntas de investigación propuestas en este trabajo.

Las encuestas pediátricas también se analizan dentro de los tres contextos de atención médica que se escogieron para esta investigación: *hospital privado* (de primer nivel), *sanatorio familiar* y *hospital del Seguro Social*. Fueron diez las participantes que respondieron la encuesta pediátrica en cada uno de estos hospitales.

4.4.2.1 Hospital privado (primer nivel)

El primer contexto de atención médica que se analiza es el *hospital privado*, en el que la consulta pediátrica tiene un costo promedio de \$700 a \$900. En la tabla 4, que aparece a continuación, se pueden apreciar las variables sociales recogidas al principio de la encuesta pediátrica. Dichas variables incluyen la *edad* y el *nivel de escolaridad alcanzado* por las informantes.

Edad	Escolaridad alcanzada					
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29						
30-39				2		1
40-49			1	4	1	1
50-59						

Tabla 14 Edad y escolaridad de las informantes

El 70% de las informantes está en el rango de los 40 a los 49 años, mientras que el 30% restante está entre los 30 y los 39. Diez por ciento tiene certificado de preparatoria, 60% de licenciatura, 10% de maestría y el otro 20%, doctorado. De esta población, 80% escogió al pediatra por voluntad propia, 10% por recomendación de otro médico y 10% por sugerencia de su seguro médico.

En la tabla que aparece a continuación, se indica qué preguntas quedaron sin contestar y cuántas veces.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9
# de encuestas en las que no se contestó	—	1	—	—	4	—	1	—	—

Tabla 15 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

La pregunta número 5 “Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta pediátrica” fue la que quedó más veces sin contestar. La #2 “¿Cuáles son las explicaciones dentro de la consulta pediátrica que más le cuesta comprender?” quedó sin contestar una sola vez así como la #7 “Explique en breves palabras lo mejor y lo peor que le haya sucedido alguna vez durante o después de una consulta pediátrica”

Análisis por pregunta

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su pediatra?

Con respecto a la duración de la consulta, un 40% contestó que duraba menos de 30 minutos y un 60 % que duraba más de una hora.

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta pediátrica que más le cuesta comprender?

Las respuestas más representativas fueron: “cuando manejan términos médicos” “las más técnicas”; “términos médicos”; “palabras poco comunes”; “tratamientos complicados con recomendaciones variadas”; “siempre he comprendido con claridad”; “cuando no queda claro el cambio de un medicamento”; “el doctor es muy claro en general”

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su pediatra, le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?

El 100% contestó que le pregunta al médico. Además agregaron “en el momento o me comunico luego”; “trato de que me quede bien claro”; “también consulto a una doctora homeópata”

4. Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5 (siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil). A continuación aparecen los resultados de este grupo de encuestas:

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	30	20		10	40
Cólicos	100				
Diarrea	80		20		
Expectorante	60		10	10	20
Fiebre	70	30			
Flema	90	10			
Regurgitar	40	20	20	10	10
Salpullido	90		10		
Tos	70	10			20
Virus	50	10	20	10	10
Prepucio	50	10	10		30
Constipación	30	40	10	20	
Antibiótico	80			10	10
Inhaloterapia	50	10	10	10	20
Suero oral	80	10	10		
Vacuna	70	20	10		
Luxación de cadera	30		20	30	20
Sinusitis	40		20	20	20
Deshidratación	50	20		10	20
Erupción	70	10	20		

Tabla 16 Términos pediátricos y grado de dificultad (en porcentaje)

Los términos que las informantes de este grupo calificaron como más difíciles fueron: *adenoides* (40%), *expectorante* (20%), *regurgitar* (10%), *tos* (20%), *virus* (10%), *prepucio* (30%), *antibiótico* (10%), *inhaloterapia* (20%), *luxación de cadera* (20%), y *deshidratación* (20%).

5. Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta pediátrica.

El 50% dejó esta pregunta sin contestar. El 20% expresó no recordar ninguna palabra que le costara utilizar durante la consulta. Del 30% restante, las informantes contestaron “regurgitar, adenoides, expectorante”; “Se me dificulta responder a las preguntas del médico”; “se me olvidan las recomendaciones del médico y las preguntas que le hice”.

6. ¿Cómo comprueba usted si el pediatra le entiende o no?

“Cuando obtengo como respuesta lo que quería saber”

“Porque lo que me explica tiene congruencia con lo que tiene o padece mi hijo”

“Porque lo que me dice hace que se cure mi hijo”

“A la hora que me da la explicación”

“A la hora de la revisión, si lo hace detenidamente o no...”

“Creo tener buen uso del lenguaje”

“Le pregunto al doctor si entiende lo que le explico. Si percibo que no es claro, trato de explicar un poco más...”

“su cara, su risa y la contestación”(respuesta de la informante con posgrado)

7. Explique brevemente lo mejor y lo peor que le haya sucedido alguna vez durante o después de una consulta pediátrica.

En este grupo de encuestas sólo se obtuvieron ejemplos de eventos **negativos**:

“No haber visto los resultados de un tratamiento dado”

“Haber internado a mi hija después de la consulta”

“Que el niño se componga al llegar el médico y vuelva a empeorar al llegar a la casa”

“Cuando los bebés vuelven el estómago o les da por orinar en el momento en que los están revisando”

“Llorar en plena consulta yo como mamá”

8. ¿Por qué razones le recomendaría usted un pediatra a una amiga o conocida?

“Por haber sido acertado”

“Por estar actualizado”

“Porque me entiende”

“Porque explica con claridad la enfermedad y el tratamiento”

“Porque es objetivo”

“Responde a las llamadas relativamente pronto”

“Por el servicio”

“Por la confianza”

“Por su ética profesional”

“Por saber escuchar”

“Por ser competente”

“Por su sapiencia”

“Por ser honesto”

“Por tener un trato amable”

9. Si estuviera en sus manos mejorar las consultas con su pediatra, ¿qué propondría?

“Más puntualidad”

“Menos tecnicismos”

“Juegos, películas y colores para los niños”

“Horas especiales para llamar por teléfono”

10. Comentarios:

“Lo más importante es que el pediatra tenga la sensibilidad de entendernos ya que carecemos de conocimientos técnicos”

“Que haya química entre paciente y doctor”

“Que se nos explique con tranquilidad”

“Me parece que es interesante que alguien se preocupe por qué clase de palabras se pueden entender más fácilmente, principalmente en mamás y papás primerizos que normalmente nos sentimos presionados y preocupados”

De nueva cuenta, el grupo de mujeres del hospital privado expresa su lealtad hacia el pediatra, al que califican de objetivo, competente, actualizado y honesto. Son pocas las mejoras que proponen y el 100% asegura que, cuando tiene dudas, le pregunta a él mismo.

4.4.2.2 Sanatorio familiar

El segundo contexto médico propuesto es el del *sanatorio familiar*. Las mujeres que asisten con el pediatra en este sanatorio pagan de \$300 a \$400 por consulta. La tabla 17 muestra la edad y escolaridad alcanzada por las informantes de esta red.

Edad	Escolaridad alcanzada					
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29			1	1		
30-39		1	2	5		
40-49						
50-59						

Tabla 17 Edad y escolaridad de las informantes

Como se puede apreciar en la tabla 17, el 80% de las mujeres estaba entre los 30 y los 39 años, y el 20% entre los 20 y los 29. De estas mujeres, 60% tenía licenciatura, 30% acabó la preparatoria y un 10% la secundaria.

En la tabla que aparece a continuación, se indica qué preguntas quedaron sin contestar y cuántas veces.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9
# de encuestas en las que no se contestó	—	1	—	—	4	—	—	—	—

Tabla 18 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

Nuevamente fue la pregunta número 5 la quedó sin contestar un mayor número de veces

Análisis por pregunta

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su pediatra?

El 70% de las mujeres contestó que la consulta dura entre 30 y 45 minutos. Una de las informantes agregó que la consulta duraba “dos horas tomando en cuenta el tiempo que esperamos”.

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta pediátrica que más le cuesta comprender?

El 20% contestó que “ninguna”. Del 80% restante, las contestaciones fueron: “aquellas en la que el doctor comienza a hablar en términos especializados”, “términos médicos”, “cuando los diagnósticos los hacen en términos científicos”, “los nombres médicos se me olvidan”, “pues cuando utiliza muchos términos médicos”, “la causa de la enfermedad”, “los términos médicos tales como: viral, patología”

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su pediatra, le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor?” “Por qué?”

“A él mismo, que me explique más extenso y simple”

“Le pregunto a él”

“Al mismo pediatra para poder actuar adecuadamente ante la enfermedad de mi hijo”

“A la pediatra, porque es ella la que lleva el control del desarrollo del bebé”

“Me explica muy bien, lo que no recuerdo después es el nombre de la enfermedad”

“Al pediatra pues él solamente me puede ayudar ya que él es el que está atendiendo a mis hijos”

“Le pregunto al pediatra porque es el más indicado para resolver mi duda”

“Le pregunto a la doctora, porque no deseo cometer errores a la hora de cuidar y medicar a mis hijos”

“Directo a mi pediatra pues ella es la indicada y lleva el control desde el nacimiento de mis hijos hasta la edad actual”

4. Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5 (siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil). A continuación aparecen los resultados de este grupo de encuestas:

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	60			20	20
Cólicos	100				
Diarrea	100				
Expectorante	60		20		20
Fiebre	100				
Flema	100				
Regurgitar	40	20	20		20
Salpullido	80	10	10		
Tos	100				
Virus	60	10	20	10	
Prepucio	60	20		10	10
Constipación	50	30	10	10	
Antibiótico	80	20			
Inhaloterapia	60	10	10		20
Suero oral	90	10			
Vacuna	100				
Luxación de cadera	30	20	20	10	20
Sinusitis	50	10	20	20	
Deshidratación	80	10		10	
Erupción	80	10	10		

Tabla 19 Términos pediátricos y grado de dificultad

Los términos que las mujeres de este grupo calificaron como las más difíciles son: *adenoides* (20%), *expectorante* (20%), *regurgitar* (20%), *prepucio* (10%), *inhaloterapia* (20%) y *luxación de cadera* (20%).

5. Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta pediátrica.

Esta pregunta quedó sin contestar en un 40% de las encuestas y un 20% de las informantes contestó que no le costaba utilizar ninguna palabra durante la consulta pediátrica. Entre las palabras mencionadas estuvieron:

regurgitar
sintomatología
virus
amígdalas
exudado
parásitos
cuadro gripal

faringitis
preclamsia
adenoides
prepucio
constipado
vomitar
defecar

6. ¿Cómo comprueba usted si el pediatra le entiende o no?

“Porque por lo general hablamos el mismo lenguaje médico ya que yo estudié eso”

“Le repito la explicación que me dio con mis propias palabras buscando que el doctor verifique si es lo correcto”

“Creo decir las cosas de manera muy fácil y con las palabras más sencillas”

“Porque él me lo explica y le digo sí o no”

“Porque me responde a mis dudas o preguntas”

“Porque empieza a hacer preguntas, de manera que va descartando posibilidades y da un diagnóstico acertado”

“Porque veo el resultado de su mejoramiento en mis niños”

“Porque hace comentarios acerca de algo que va asociado a la enfermedad que quizás se haya olvidado comentar y al escucharlo decimos o recordamos que efectivamente lo que comenta la doctora se asocia al padecimiento”

7. Explique brevemente lo mejor y lo peor que le haya sucedido alguna vez durante o después de una consulta pediátrica. Este grupo de informantes proporcionó varios ejemplos.

Lo más **positivo:**

que mi hija nunca lloró...”

“que mi bebé se encuentra perfectamente...”

“el médico curó muy rápido a mi hijo...”

“he podido comprender el proceso de las enfermedades y no angustiarme..”

“mejoramiento de enfermedades y sobre todo más tranquila”

“que después de la consulta se comienza a ver mejoría en el paciente”

Lo más **negativo:**

“que mi niña estuvo en el hospital y nadie me decía que tenía, ella solo tenía 15 días de nacida y no me daban explicaciones los médicos...”

“A los 11 días de nacido mi primer hijo le encontró una hernia, no podía creer que no se hubiera dado cuenta [el doctor]

“cuando les empieza a subir la temperatura y no les dan nada”

“que después de la consulta presenta cosas que supuestamente no tenía”

“una vez no encontré a la doctora porque estaba de congreso”

“el tiempo que nos ha tenido esperando ...es mucho”

“que en ocasiones cuesta trabajo revisar a los pequeños”

8. ¿Por qué razones le recomendaría usted un pediatra a una amiga o conocida?

Con respecto a las razones por las cuales la informante recomendaría su pediatra a otras personas las respuestas fueron:

“Porque han salido adelante en sus enfermedades mis hijos”

“Porque mantiene sanos a mis hijos y porque se ve que sabe qué tienen cuando están enfermos, y casi nunca manda antibióticos”

“Por el desarrollo que tengan los niños, guía de alimentos, atención a cualquier hora”

“Porque saca adelante al bebé y explica muy bien y siempre está en los momentos difíciles”

“Es muy buen doctor y siempre está pendiente de los niños y solamente ellos [los pediatras] saben con exactitud cómo reaccionan los niños”

“Porque atiende muy bien a los pacientes y siempre los saca adelante de sus enfermedades”

“Porque he visto los resultados de los diagnósticos y me han convencido. No dudaría en recomendar a mi pediatra”

“Porque es el indicado para valorar a un pequeño y por confianza”

“Porque los síntomas de los niños son muy distintos a los adultos y creo que es necesario que se consulte a un especialista”

9. Si estuviera en sus manos mejorar las consultas con su pediatra ¿qué propondría?

“Que tuviera menos pacientes y que cobrara menos”

“Cuando se presenta algún cuadro dudoso, realizar estudios al respecto para no estarle atinando”

“que quizás fuera más tiempo, aunque creo que se me hace corto porque nos la pasamos platicando”

“me gusta mi doctora”

“que se respetaran los horarios y solamente en casos muy urgentes se pudiera ceder el tiempo para pacientes sin cita”

“que se respetara la hora de la consulta”

“pedir a los pacientes que lleguen puntuales a sus citas para no retrasar a la doctora”

“que las llamadas sean entre consulta y consulta para no interrumpir al pediatra”

“que estuvieran más accesibles es decir no solo a nivel particular”

10. En el apartado para **comentarios** las pacientes escribieron:

“Que las consultas siempre sean amenas y si tiene uno que regresar 2 ó 3 días haya un descuento en la consulta”

“Los pediatras no deben utilizar tantos términos, deberían ser un poco más claros para explicarnos todo pues no entendemos todas las palabras”

“Espero poder ayudar en algo al haber resuelto este cuestionario para un posible mejoramiento”

“La pediatra de mis hijos es una doctora muy preparada y atinada. Todo ello logra que tengamos una confianza absoluta en sus diagnósticos”

En este grupo, sólo un 20% de las mujeres reporta no tener dudas sobre el vocabulario especializado. El 100% de las participantes asegura que cuando tiene alguna duda la aclara con su médico y la mayoría recomendaría a su pediatra por los resultados del tratamiento. Las sugerencias para mejorar las consultas se relacionan con el tema del costo de la consulta y con la puntualidad.

4.4.2.3 Seguro Social

El *hospital del Seguro Social* es el tercer contexto de atención médica de este estudio. Las mujeres que acuden a este hospital no siempre tienen la opción de escoger al pediatra de sus hijos. En el cuadro que aparece a continuación se pueden apreciar los rangos de *edad* y el *nivel escolar* alcanzado por las informantes de este grupo.

Edad	Escolaridad alcanzada					
	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Doctorado
20-29	1		2			
30-39	1		4			
40-49		2				
50-59						

Tabla 20 Edad y escolaridad de las informantes

El 50% de las informantes está en el rango de los 30 a los 39 años, mientras que el 30% está entre los 20 y los 29, y el 20% restante en el rango de los 40 a los 49 años. Veinte por ciento tiene certificado de primaria, 20% de secundaria, y 60 % de preparatoria. De esta población, 70% escogió al pediatra por voluntad propia.

En la tabla que aparece a continuación, se indica qué preguntas quedaron sin contestar y cuántas veces.

Pregunta #	1	2	3	4	5	6	7	8	9
# de encuestas en las que no se contestó	—	—	—	—	5	1	2	—	2

Tabla 21 Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular.

La pregunta número 5 “Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta pediátrica” fue la que quedó más veces sin contestar. Le siguieron la #7(explique brevemente lo mejor y lo peor que le haya sucedido alguna vez durante o después de una consulta pediátrica) y la #9 (si estuviera en sus manos mejorar las consultas con su pediatra ¿qué propondría?) que quedaron sin contestar en dos encuestas y, por último, la #6 (¿Cómo comprueba usted si el pediatra le entiende o no?) en una sola.

Análisis por pregunta

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su pediatra?

El 70% de las informantes reporta que la consulta dura 30 minutos o más.

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta pediátrica que más le cuesta comprender?

La gran mayoría de las participantes reportó no comprender términos especializados, como se puede apreciar en las respuestas que aparecen a continuación:

“Me gustaría saber exactamente cuál es la función de cada medicamento”

“Cuando hablan en términos médicos”

“Las palabras que utilizan en el argot médico”

“Las que son en términos médicos”

“Cuando usan palabras en su ramo que sólo ellos saben dónde y de qué se trata”

“Lo que significa el nombre de las enfermedades”

“Los términos médicos que utilizan”

“Las palabras cuyo significado no entiendo”

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su pediatra, le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?

El 80% de las informantes contestó que le preguntan a su médico cuando no entienden una explicación. Una de las participantes afirmó que le pregunta a su mamá porque el médico “se molesta al no entender su explicación.” Una sola mujer aceptó que le pregunta a una amiga “porque le tiene confianza.”

4. Las mujeres que contestaron esta encuesta calificaron las palabras que se les presentaron de acuerdo a una escala del 1-5 (siendo 5 = muy difícil y 1 = muy fácil). A continuación aparecen los resultados de este grupo de encuestas:

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	20		20	10	50
Cólicos	90				10
Diarrea	90	10			
Expectorar	20	30			50
Fiebre	100				
Flema	100				
Regurgitar	10	10			80
Salpullido	100				
Tos	100				
Virus	100				
Prepucio	30			10	60
Constipación	70	10			20
Antibiótico	90				10
Inhaloterapia	80				20
Suero oral	100				
Vacuna	100				
Luxación de cadera	70	20			10
Sinusitis	80	10			10
Deshidratación	100				
Erupción	90				10

Tabla 22 Términos pediátricos y grado de dificultad (en porcentaje)

5. Mencione por lo menos cinco palabras que a usted le cuesta utilizar durante la consulta pediátrica.

reflujo
hipertrofia
píloro
adenoides
sistólico
regurgitar

constipación
prepucio
yardias
inhaloterapia

Además, se obtuvieron respuestas como: “Sólo intento describir signos y síntomas, aunque no sea la terminología médica”

“La verdad no utilizo palabras difíciles porque yo me expreso en un lenguaje común”

6. ¿Cómo comprueba usted si el pediatra le entiende o no?

“Porque lo que le pregunto me contesta y ya no me quedo con dudas”

“Por la actitud y el resultado”

“Sacándome y dejándome claras mis dudas”

“Por la forma que responde el doctor”

“Al momento que me da la explicación de lo que le sucede al bebé”

“Con el diálogo, si me elabora más preguntas acerca de síntomas y signos, acerca de la alimentación de mi hijo, etc.”

“Porque el niño se recuperó satisfactoriamente en el mejor aspecto y así compruebo que el doctor sí entendió a lo que le expliqué”

“Con mi satisfacción misma con sus respuestas dadas”

“Por la manera en que me refiere a la enfermedad y sintomatología que presente mi hijo”

7. Las mamás hicieron los siguientes comentarios lo más positivo y lo más negativo que les había sucedido en la consulta:

Lo más positivo:

“Mejora inmediata después de la consulta”

“... es encontrar un buen pediatra que explique claramente”

“El hecho de que nos explicara muy bien el médico el procedimiento para la intervención quirúrgica de la circuncisión de mi hijo, lo cual nos dio a todos mucha seguridad”

“La atención rápida y buena”

“Que mi hijo se recupere satisfactoriamente”

“...recibir respuesta adecuada para esclarecer mis dudas, si es necesario por medio de dibujos”

Lo más negativo:

“Cuando la doctora me preguntó de la fiebre, de cuanto era lo máximo que podía tener y no le supe contestar...”

“El decirme que mi bebé no tiene más que una leve gripa, cuando en realidad tenía neumonía”

“... que haya médicos negligentes”

“que a veces los doctores atienden muy rápido...”

“...cuando el pediatra no da respuesta a mis dudas”

8. Entre las razones que citan las informantes para recomendar a su pediatra están:

“Porque la doctora es muy buena y explica muy bien las cosas”

“Por los resultados observados con mis hijas”

“Por la calidad de su trabajo”

“Por explicar las cosas claras y que cualquier persona entienda”

“Por los resultados obtenidos en cuanto a la salud del bebé”

“Por su capacidad y ética profesional y el nivel de compromiso con sus pacientes”

“La paciencia, conocimiento, cariño a su trabajo”

“Porque sé que...es eficiente y eficaz tanto en la consulta como en los medicamentos que recomienda”

“Porque son especialistas en las enfermedades de los niños”

“Porque me pareció muy buen doctor, explicándome qué tiene mi niño con paciencia y con palabras que entiendo”

9. Al preguntarle a las informantes qué propondrían para mejorar las consultas pediátricas, estas respondieron:

“Más calidad en el servicio, en el manejo médico, en la búsqueda de medicamentos”

“...que las vacunas no fueran tan caras y que las consultas fueran más largas”

“Que te expliquen el porqué de las enfermedades”

“Mejor comunicación con el médico”

“Utilizar un lenguaje más cotidiano”

“Poner música agradable”

“...por parte del gobierno falta demasiada atención, médicos, etc., y te atienden cuando quieren”

10. En el espacio asignado para comentarios, este grupo de mujeres hizo interesantes observaciones:

“El manejo cordial es importante ya que de esto derivan los resultados médicos pues la confianza será el primer síntoma para ponerse en manos del pediatra”

“Me parece importante el hecho de saber si realmente conocemos el significado de las palabras y las usamos adecuadamente al momento de ir al pediatra”

“Por pena no quedarse callada o ver si el médico no está haciendo algo correcto dentro de su consulta tener el valor de poner un alto”

“Los padres de familia tenemos la responsabilidad de preguntar a nuestro médico toda terminología que no comprendemos, así como el médico tiene la obligación de responder a todas nuestra dudas”

“Me di cuenta que no conozco bien los términos médicos”

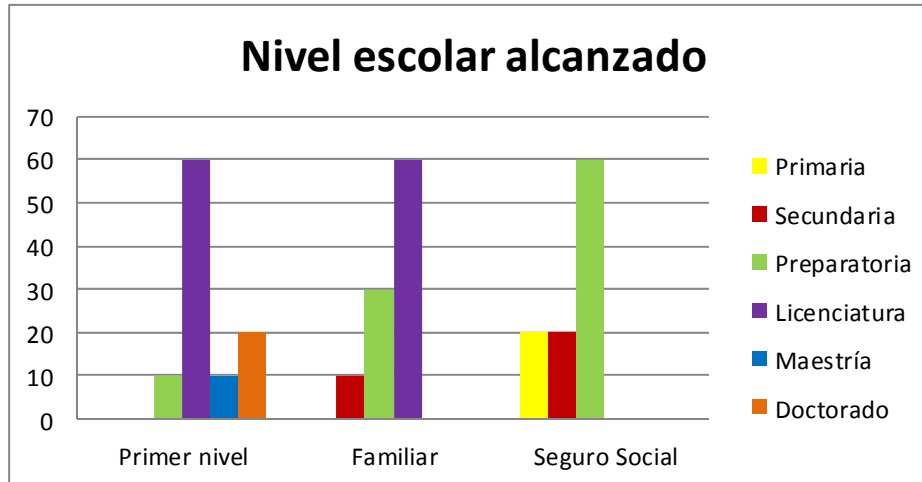
“... Son preguntas que por lo general nadie nos hace”

Las mujeres de este grupo reportan, en su mayoría, no entender los términos especializados. El 80% afirma que, cuando no entiende algo, le pregunta al pediatra y, sólo el 20% acepta que le pregunta a otra persona cuando no le entiende a su pediatra. Entre las razones para recomendar a su médico mencionan su capacidad, paciencia, y claridad. En el espacio asignado para **comentarios**, este grupo de informantes aporta respuestas muy interesantes como el hecho de no quedarse “calladas” por pena, o “tener el valor de poner un alto”. También insisten en la importancia de conocer el vocabulario especializado y en informarse mejor sobre la terminología para asumir su responsabilidad como padres.

4.4.2.4 Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la pediatría en la primera parte de la encuesta

Se registran diferencias en el *nivel escolar alcanzado* por las informantes en los tres centros de atención: en el hospital privado, el 10% de las informantes acabó la preparatoria, el 60% tiene licenciatura, y el 30% llegó a niveles de posgrado. En el sanatorio familiar, 10% de las informantes terminó la secundaria, 30% la preparatoria y 60% de las informantes terminó una licenciatura. En el grupo que asiste al Seguro Social, 20% de las mujeres completó la primaria, 20% terminó la secundaria, y 60% la preparatoria.

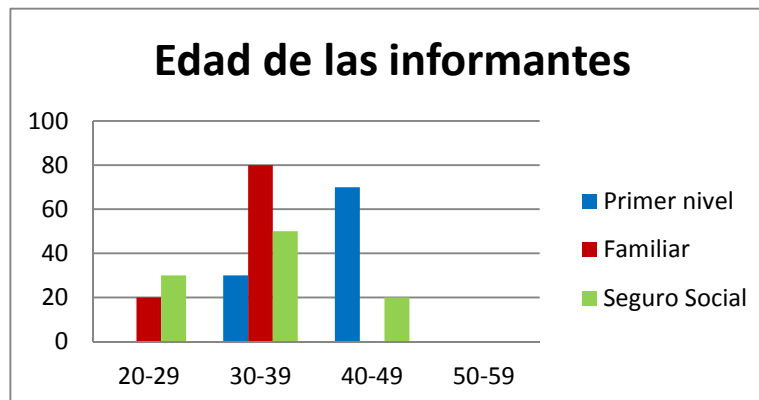
Estas diferencias en el *nivel escolar* de las informantes se pueden observar en la siguiente gráfica:



Gráfica 5 Comparación del nivel escolar de las informantes en los tres contextos de atención pediátrica

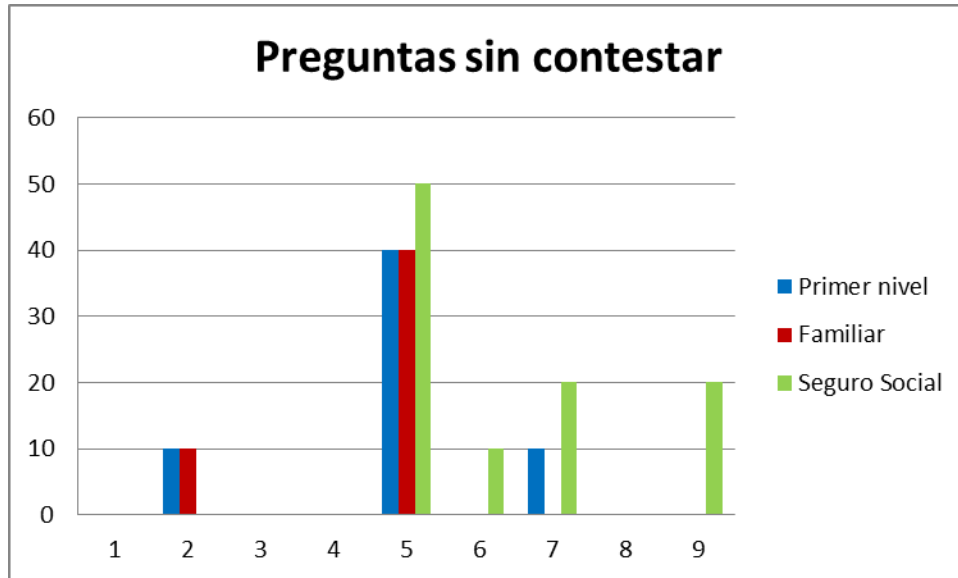
Nuevamente, el *nivel de escolaridad* es más alto en el hospital privado y mucho más bajo en el hospital del Seguro Social.

Los rangos de edad difieren en los tres contextos: en el hospital privado, el 30% de las pacientes está en el rango de los 30-39 años y el 70% restante en el rango de los 40-49 años. En el sanatorio familiar, 20% de las informantes está entre los 20 y los 29 años y el 80% entre los 30 y los 39. En el Seguro Social 30% se encuentra en el rango de 20-29, 50% entre los 30 y los 39 y 20% en el rango de 40-49 años.



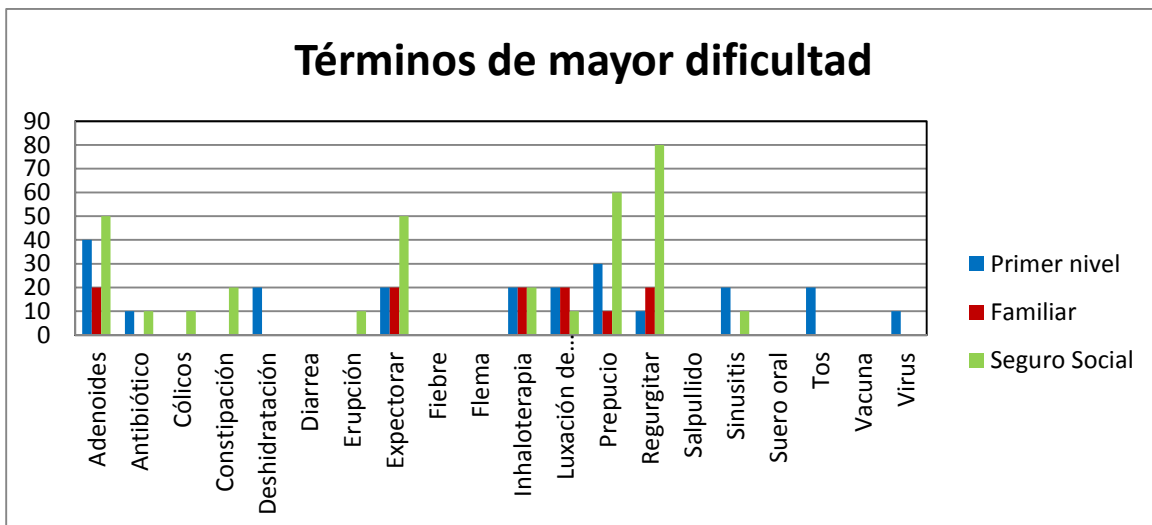
Gráfica 6 Comparación de los rangos de edad de las informantes en los tres contextos de atención pediátrica

Al igual que en las encuestas de ginecología, la pregunta # 5 fue la que quedó sin contestar un mayor número de veces, 13 en total. De hecho, el número total de preguntas que las mujeres no respondieron fue mucho mayor en estas encuestas, siendo de 21 contra 14 en las encuestas ginecológicas (gráfica 7).



Gráfica 7 Comparación de las preguntas que quedaron sin contestar en los tres contextos de atención pediátrica

En el apartado #4, las mujeres calificaron las palabras proporcionadas de muy fácil (1) a muy difícil (5). La relación entre las palabras escogidas por las informantes en cada uno de los tres contextos médicos se puede apreciar en la gráfica 8.



Gráfica 8 Comparación de los términos que las informantes calificaron como más difíciles en los tres contextos de atención pediátrica

Como se puede observar, las mujeres de los tres centros de atención coinciden en los siguientes términos: *adenoides, expectorar, inhaloterapia, luxación de cadera, prepucio y regurgitar.*

4.4.3 SEGUNDA PARTE DE LAS ENCUESTAS GINECOLÓGICAS

En la segunda parte de las encuestas ginecológicas se inserta una lista de veinte palabras dentro del campo semántico de la ginecología con el propósito de medir la competencia léxica de las mujeres en los tres contextos médicos seleccionados para este estudio. A las informantes se les solicita que para cada una de estas palabras escojan una de las opciones que aparecen a continuación:

- I. No conozco esta palabra
- II. Conozco esta palabra, pero no sé qué significa
- III. Creo que esta palabra significa _____
- IV. Esta palabra significa _____
- V. Usaría esta palabra en la siguiente oración:

Las primeras dos opciones (*self-report*) reciben 1 y 2 puntos respectivamente. En el caso de las opciones III, IV y V (*performance*), se asignan 2 puntos por respuesta incorrecta. Si la informante proporciona un sinónimo apropiado en las opciones III y IV, se le otorgan 3 puntos. En caso de que la informante use la palabra en una oración demostrando que conoce su significado pero cometa algún error gramatical, se le dan 4 puntos. Pero si utiliza la palabra de manera apropiada tanto en el aspecto semántico como en el sintáctico, entonces se le asignan 5 puntos.

4.4.3.1 Hospital privado (primer nivel)

A continuación se analizan las palabras que obtuvieron menor puntaje en las encuestas de este grupo (35.4 puntos o menos, promedio obtenido al sumar los puntos asignados a una palabra y dividirlo entre el número de encuestas) así como algunos datos interesantes en términos de este trabajo de investigación.

Senos: 3 mujeres utilizaron la palabra en una oración, una aportó el sinónimo “bubis”, las demás utilizaron sinónimos como pecho, busto o glándulas mamarias.

Vagina: En un solo caso aparece utilizada en una oración correctamente, 4 mujeres no la definen y las 5 restantes la definen como “parte del aparato reproductor”, “órgano reproductor femenino”, o “conducto”

Anticonceptivos: 9 mujeres los definieron como métodos para no embarazarse. En dos casos se utilizó la palabra en oraciones.

Histerectomía: dos mujeres la utilizaron en oraciones, 6 no la definieron porque no la conocían o porque la conocían pero no sabían su significado. Una la definió como anticonceptivo.

Infertilidad: 2 mujeres utilizaron el término en una oración, 2 mencionaron tanto a hombres como a mujeres, el resto mencionó la imposibilidad para tener hijos y una utilizó “procrear una familia”.

Legrado también fue una palabra conflictiva. Se definió como “interrupción del embarazo”, “raspado”, “limpieza”, “aborto”. En dos ocasiones quedó sin definir, fue utilizada en una oración una sola vez.

Mioma aparece definido como tumor, en dos ocasiones como “tumorcito”, en 4 casos no fue definida y en un solo caso fue utilizada en una oración.

Tumor quedó sin definición en dos ocasiones y apareció utilizada en oración en otras dos. En dos ocasiones se aclara que puede ser benigno o maligno.

En el caso de *frigidez*, las definiciones son variadas. Se habla de “relaciones incompletas”, de “situación difícil para la pareja”, “de imposibilidad para disfrutar”, “de incapacidad para el placer sexual”, “falta de sensación”, “ser fría en la relación sexual”, “no lograr llegar al orgasmo”, “incapacidad psico-emocional”, “estrechez”, “falta de lubricación”, y en tres ocasiones no se define.

En la tabla 23 aparecen las palabras de la lista y la calificación total por palabra que se obtiene al sumar las calificaciones de cada palabra en las diez encuestas aplicadas a este grupo de informantes. Cada palabra puede obtener un máximo de 50 puntos (5 puntos por las diez encuestas aplicadas). Las palabras que obtuvieron menor puntaje aparecen en negrita. Además se incluye el puntaje promedio por palabra y por encuesta dentro de este contexto médico.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Senos	37
2	Ovarios	39
3	Útero	37
4	Vagina	30
5	Cáncer de mama	42
6	Cáncer cervicouterino	39
7	Endometrio	28
8	Anticonceptivos	43
9	Hemorragia	42

10	Histerectomía	28
11	Infertilidad	41
12	Legrado	28
13	Mioma	28
14	Ritmo	37
15	Tumor	32
16	Vasectomía	36
17	Menopausia	36
18	Frigidez	31

Tabla 23 Puntaje promedio por palabra: 35.4
Puntaje promedio por encuesta: 63.8

Las seis palabras en las que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *vagina, endometrio, histerectomía, legrado, mioma y frigidez.*

La tabla 24 muestra la relación entre la edad de las informantes, su nivel escolar y el puntaje obtenido.

Edad	Preparatoria	Licenciatura	Maestría
20-29	14	52	
30-39		52	52
40-49		49	90
50-59			

Tabla 24 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

La diferencia en el puntaje promedio por nivel escolar alcanzado es evidente, sobre todo de preparatoria a licenciatura. De licenciatura a maestría casi no hay diferencia en el rango de los 30 a los 39 años siendo bastante mayor la diferencia de los 40 a los 49 años. La edad no parece ser una variable importante a la hora de demostrar conocimiento y manejo de esta terminología en el grupo de mujeres con licenciatura, pero en el grupo de mujeres con maestría sí, siendo, contrario a mis expectativas, mayor el puntaje de las mujeres en el rango de los 40 a los 49 que en el de los 30 a los 39.

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Vagina	80	10	10		
Endometrio	40	30	10		20
Histerectomía	40	10	20		30
Legrado	80	10	10		
Mioma	60	10	20	10	
Frigidez	70	20	10		
Tumor	80	10	10		

Tabla 25 Grado de dificultad de términos ginecológicos

Al comparar el cuadro de dificultad con la escala de medición de vocabulario, se nota coincidencia en *endometrio*, *histerectomía* y *mioma*, no siendo así con *frigidez*, *legrado* y *vagina*. Las mujeres indicaron no tener dificultad para utilizar estas palabras, pero no lo pudieron demostrar en la segunda parte de la encuesta.

4.4.3.2 Sanatorio familiar

Las palabras que obtuvieron menor puntaje (28.7 o menos) dentro de este contexto médico fueron:

senos: Quedó sin definir en 2 encuestas. En 1 la informante dijo conocer la palabra pero no saber qué significaba. En otras 3 se le definió como “parte del cuerpo femenino.” Tres de las informantes la definieron como “glándula mamaria” o “parte del cuerpo con la que se amamanta al bebé”. Una sola informante la definió como “busto” o “pecho”.

ovarios: Sólo dos informantes supieron definir “ovarios” correctamente. Otras dos la definieron como “parte del cuerpo”. Dos informantes aceptaron que conocían la palabra pero que no sabían su significado. El resto de las mujeres la definieron incorrectamente y se notó una confusión entre “ovarios” y “óvulos”.

útero: Cuatro informantes no lograron definir el término. Otras dos lo definieron como “parte del cuerpo de la mujer”, y otras cuatro lograron definirlo correctamente. Es evidente que hay mujeres que no saben que “útero” y “matriz” son sinónimos.

vagina: Dos informantes no supieron definir esta palabra y una informante confundió “vagina” con “vejiga. Cinco mujeres la definieron como “genitales de la mujer”, “parte femenina”, “parte sexual femenina” y “parte del aparato reproductor. Sólo dos informantes la definieron correctamente mencionando la palabra “penetración”.

cáncer de mama: Tres informantes la dejaron sin definir; otras tres la definieron como “enfermedad de la mujer” o “enfermedad mortal”. Cuatro informantes la definieron correctamente.

cáncer cervicouterino: Sólo cuatro informantes la definieron. El 60% restante aceptó no conocer la palabra o conocerla pero no saber definirla.

endometrio: El 70% de las informantes reportó no conocer la palabra o no saber su significado. El 30% restante la definió adecuadamente.

histerectomía: Sólo dos informantes definieron el término. Las demás no conocían la palabra o no sabían su significado.

mioma: El 70% de las mujeres no pudo definirla o no la conocía. El 30 % restante la definió. Existe confusión entre mioma y quiste.

tumor: Tres informantes no supieron definir el término correctamente. El resto lo definió como “crecimiento maligno”, “cáncer”, “conjunto de tejidos que crecen”, “formación o abultamiento anormal”, “bolita que va creciendo.”

frigidez: Una informante confundió “frigidez” con “infertilidad”. Dos informantes aseguraron desconocer la palabra. El resto la definió en términos de “falta de excitación”, “no tener placer”, “incapacidad para alcanzar el orgasmo” y “frialidad durante el acto sexual”.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Senos	29
2	Ovarios	21
3	Útero	28
4	Vagina	29
5	Cáncer de mama	29
6	Cáncer cervicouterino	26
7	Endometrio	24
8	Anticonceptivos	35
9	Hemorragia	34
10	Histerectomía	17
11	Infertilidad	34
12	Legrado	31
13	Mioma	21
14	Ritmo	34
15	Tumor	28
16	Vasectomía	35
17	menopausia	34
18	frigidez	28

Tabla 26 Puntaje promedio por palabra: 28.7
Puntaje promedio por encuesta: 51.7

Las ocho palabras en las que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *ovarios, útero, cáncer cervicouterino, endometrio, histerectomía, mioma, tumor y frigidez.*

La relación entre el rango de edad, el nivel escolar alcanzado y el puntaje promedio de las informantes aparece en la siguiente tabla:

Edad	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría
20-29		57		
30-39		50.5	49.5	
40-49	27.5			84
50-59		64		

Tabla 27 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

El puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado es notablemente bajo en el grupo de informantes de 40 a 49 años con nivel escolar de secundaria. En el grupo de informantes con nivel escolar de preparatoria, aumenta el puntaje en los grupos de 20 a 29 años, de 30 a 39 años y de 50 a 59 años, siendo éste último el que alcanza puntaje más alto. Las informantes con licenciatura dentro del grupo de 30 a 39 años no obtienen puntaje más alto pero las informantes con maestría superan al resto de los grupos de acuerdo a lo que se esperaba.

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Senos	90	10			
Ovarios	90	10			
Útero	90	10			
Vagina	90	10			
Cáncer de mama	50		20		30
Cáncer cervicouterino	30		20	10	40
Endometrio	20	10	10		60
Histerectomía	50		20		30
Mioma	40	20	20		20
Tumor	70	10	10		10
Frigidez	70		10		20

Tabla 28 Grado de dificultad de términos ginecológicos

Los términos que aparecen en la tabla son los que las mujeres demostraron tener mayor dificultad para definir en la segunda parte de la encuesta. Sin embargo, se puede observar que el 90% de las participantes habían calificado los términos *senos*, *ovarios*, *útero* y *vagina* como fáciles en el apartado 4 de la primera parte de la encuesta. En el caso de *histerectomía* y *frigidez* un 70% de las mujeres juzgaban que estas palabras eran fáciles. En el resto de las palabras se nota una coincidencia entre las calificaciones proporcionadas en el apartado 4 y los resultados de la escala de conocimiento de vocabulario.

4.4.3.3 Seguro Social

Las palabras que obtuvieron menor puntaje (33.1 o menos) en el grupo de mujeres que asiste al Seguro Social fueron:

Senos: fue definida como glándulas mamarias en un 60% de los casos; como órgano femenino, como sinónimo de pecho y en un caso como “atractivo femenino”.

Vagina fue definida como órgano sexual femenino (20%), como conducto (40%), como músculo, y se asoció con la palabra penetración en un 20% de las encuestas.

Endometrio quedó sin definir en cuatro ocasiones; en tres encuestas, las mujeres afirmaron que conocían la palabra pero que no sabían qué significaba.

Histerectomía: Cinco mujeres aseguraron no conocer esta palabra y una, conocerla pero no saber su significado. En una encuesta fue definida como “operación”, en otra como “operación para cortar las trompas de Falopio”, y en otra “operación que elimina el cáncer en los ovarios”. En una sola encuesta fue definida correctamente.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Senos	34
2	Ovarios	38
3	Útero	34
4	Vagina	32
5	Cáncer de mama	33
6	Cáncer cervicouterino	35
7	Endometrio	18
8	Anticonceptivos	37
9	Hemorragia	40
10	Histerectomía	23
11	Infertilidad	39
12	Legrado	39
13	Mioma	25
14	Ritmo	31
15	Tumor	30
16	Vasectomía	35
17	Menopausia	40
18	Frigidez	33

Tabla 29 Puntaje promedio por palabra: 33.1
Puntaje promedio por encuesta: 59.6

Las ocho palabras en las que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *vagina, cáncer de mama, endometrio, histerectomía, mioma, ritmo, tumor y frigidez*.

En el siguiente cuadro se relacionan los rangos de edad, nivel escolar alcanzado y puntaje promedio de las informantes de este grupo.

Edad	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría
20-29	62.5			
30-39	53		72	
40-49	49	63	63	
50-59				

Tabla 30 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

El puntaje promedio por edad y nivel escolar alcanzado aumenta de secundaria a licenciatura y de secundaria a preparatoria en los rangos de 30 a 39 años y de 40 a 49 años. El grupo de 20 a 29 años con nivel de secundaria obtiene un promedio más alto en comparación con el grupo de mujeres de 30 a 39 años y de 40 a 49 años. En este caso se confirma tanto que la mujer más joven está más dispuesta a hablar de su cuerpo como de que el nivel escolar alcanzado es un factor importante en la competencia léxica de la mujer.

Grado de dificultad

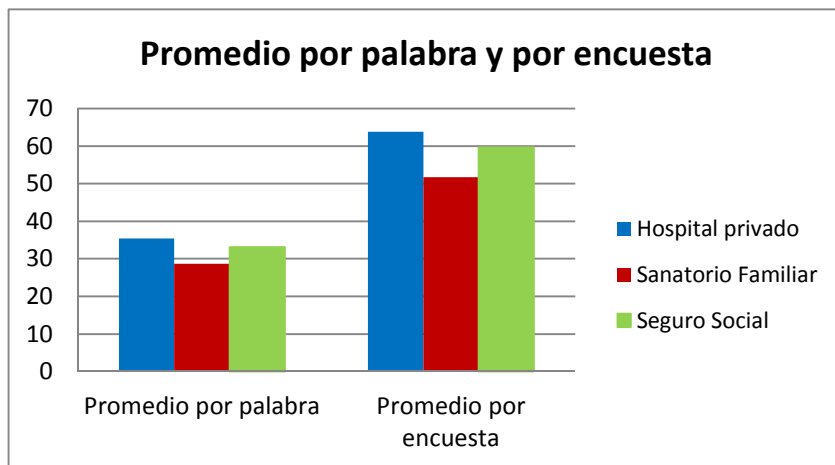
Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Vagina	80	10			10
Cáncer de mama	60	10			30
Endometrio	10	20	20	10	40
Histerectomía	10	10	20	10	50
Mioma	30	10	50		10
Ritmo	60	20	10		10
Tumor	50	10	10	10	20
Frigidez	50	30	10		10

Tabla 31 Grado de dificultad de términos ginecológicos

Los ocho términos que aparecen en la tabla 31 son los que las mujeres de este grupo tuvieron mayor dificultad para definir en la segunda parte de la encuesta. En la mayoría de los casos, los resultados de la escala de conocimiento de vocabulario coinciden con las respuestas proporcionadas por las participantes en el apartado 4 de la encuesta. El único caso en el que se detecta una diferencia relevante es el de “*vagina*” que las mujeres consideraron como “fácil” en el apartado 4 y que, sin embargo, obtuvo un puntaje abajo del promedio en la escala. Al comparar los resultados de la escala con los del apartado #4 podemos juzgar que estas mujeres sí están conscientes de su competencia léxica en esta área.

4.4.3.4 Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la ginecología en la segunda parte de la encuesta

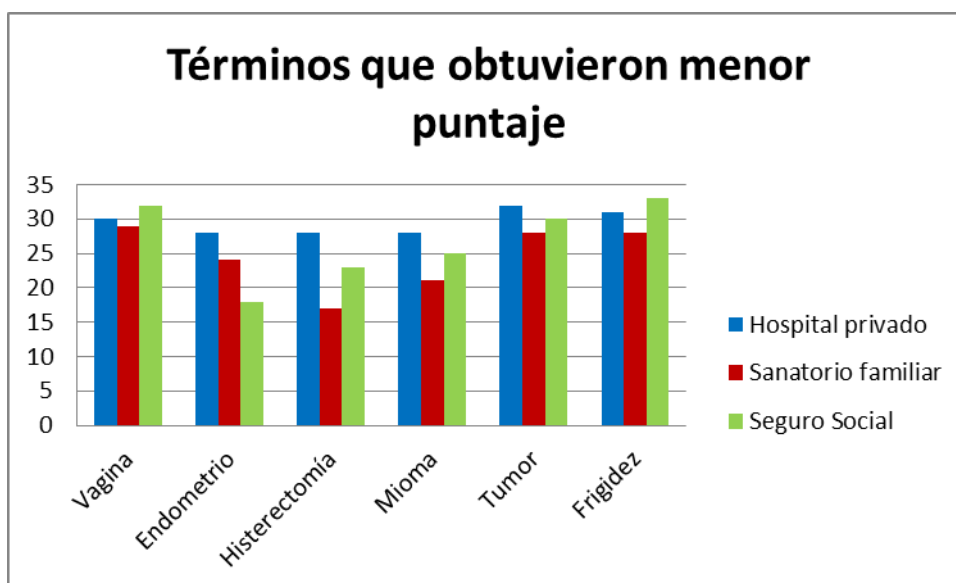
La segunda parte de las encuestas ginecológicas fue diseñada para medir la competencia léxica de las mujeres en cada uno de los contextos médicos propuestos. Utilizando la adaptación de la Escala de Conocimiento de Vocabulario de Wesche y Paribakht (1996), se obtiene el puntaje por palabra y por encuesta (tabla 4 en la sección 4.3 o Recolección de datos). En la gráfica 9 se comparan los promedios por palabra y por encuesta de los tres centros de atención.



Gráfica 9 Comparación de los promedios por palabra y por encuesta en los tres contextos ginecológicos

Las informantes del hospital privado obtuvieron un promedio por palabra de 35.4 y por encuesta de 63.8, superando a las mujeres de los otros dos grupos. Las informantes del Seguro Social ocuparon un segundo lugar en cuanto a promedio por palabra y por encuesta, siendo las del sanatorio familiar las que obtuvieron puntajes más bajos.

Los términos que resultaron más difíciles para las mujeres de las tres redes y que, como resultado, obtuvieron menor puntaje, aparecen en la gráfica que se incluye a continuación:



Gráfica 10 Términos de mayor dificultad en los tres contextos ginecológicos

De estas palabras, un 50% corresponde a la clasificación **ginecología o problemas de la mujer**, un 40% a **patología o anomalías y enfermedades**, un 30% al grupo de **anatomía o partes del aparato reproductor**, y sólo un 10% a **obstetricia o problemas relacionados con la infertilidad y el embarazo** (clasificación propuesta en el apartado 4.3, Recolección de datos).

4.4.4 SEGUNDA PARTE DE LAS ENCUESTAS PEDIÁTRICAS

En la segunda parte de estas encuestas también se inserta una lista de veinte palabras que provienen del campo semántico de la pediatría con el fin de medir la competencia léxica de las mujeres en los tres contextos médicos seleccionados para este estudio.

4.4.4.1 Hospital privado (primer nivel)

Entre las palabras que obtuvieron menor puntaje (menos de 26.6 puntos) están:

adenoides apareció como nunca vista o como vista pero sin significado. Fue definida dos veces: una como “enfermedad de la nariz” y la otra como “ganglio”.

diarrea: quedó sin definir un 40% de las veces. Sí se utilizaron los términos “popo”, “excremento”, “materia fecal”.

expectorar no fue definida en un 60% de las encuestas ni fue utilizada en oración.

flema: no fue definida un 50% de las veces ni utilizada en ninguna oración.

inhaloterapia: sin definir un 40% de las veces.

luxación de cadera: sin definir un 60%. A menudo se define como romper, dañar, lesionar.

prepucio: un 60% de las mujeres no la definieron o dijeron que no sabían su significado. El 40% restante la definió como “piel que cubre el pene” o “parte de enfrente del pene” o “parte del órgano masculino”.

regurgitar: quedó sin definir un 40%, un 20% la definió erróneamente y un 40% la definió como “regresar parte del alimento”, “volver la comida sin llegar a vomitar”, “el alimento se regresa a la garganta”.

sinusitis: Un 60% de las participantes dejaron la palabra sinusitis sin definir. Del 40% restante, las definiciones fueron “gripa mal curada”, “mocos en los senos nasales”, “mucosidad exagerada”, etc. Ni una sola de las mujeres proporcionó la definición correcta.

vacuna: apareció correctamente definida en un 90% de las encuestas.

virus: Fue definida erróneamente un 20%, el mismo porcentaje que fue definida correctamente. Quedó sin definir un 60% de las veces.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Adenoides	21
2	Antibiótico	31
3	Cólicos	34
4	Constipación	29
5	Deshidratación	33
6	Diarrea	26
7	Expectorar	22
8	Fiebre	32
9	Flema	25
10	Inhaloterapia	25
11	Luxación de cadera	27
12	Prepucio	22
13	Regurgitar	22
14	Sarpullido	31
15	Sinusitis	20
16	Suero oral	32
17	Tos	21
18	Vacuna	32
19	virus	22

Tabla 32 Puntaje promedio por palabra: 26.6
Puntaje promedio por encuesta: 50.7

Los ocho términos en los que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *adenoides, expectorar, flema, inhaloterapia, prepucio, regurgitar, sinusitis* y *tos*.

La relación entre el rango de edad de las participantes, el nivel escolar alcanzado y el puntaje promedio obtenido se puede apreciar en la siguiente tabla.

Edad	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Posgrado
20-29				
30-39		50.5		48
40-49	72	46.7	57	42
50-59				

Tabla 33 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

El puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado aumenta de licenciatura a maestría pero no de licenciatura a posgrado. Sin embargo baja de maestría a posgrado en el grupo de mujeres de 30 a 39 años y

de 40 a 49 años. En el grupo de mujeres con nivel de preparatoria en el rango de 40 a 49 años los resultados contradicen lo esperado ya que el promedio es el más alto de todos los grupos de mujeres.

Grado de dificultad

TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	30	20		10	40
Expectorar	60		10	10	20
Flema	90	10			
Inhaloterapia	50	10	10	10	20
Prepucio	50	10	10		30
Regurgitar	40	20	20	10	10
Sinusitis	40		20	20	20
Tos	70	10			20

Tabla 34 Grado de dificultad de términos pediátricos

Los seis términos que aparecen en la tabla 34 son los que las mujeres demostraron mayor dificultad en definir, recibiendo entre 20 y 25 puntos en la escala de conocimiento de vocabulario. Como se puede observar, fueron en su mayoría palabras que las propias mujeres calificaron como difíciles o medianamente difíciles de definir en el apartado # 4 de la encuesta. Las únicas excepciones fueron las palabras *tos* y *flema* que las mujeres calificaron como fácil en un 70% y en un 90% de las encuestas, respectivamente, pero que no pudieron definir o utilizar en la escala de conocimiento de vocabulario. Los conceptos representados por las palabras *tos* y *flema* son sencillos en el sentido de que son comunes o familiares; sin embargo, resulta complicado explicar qué es la *tos* y qué es la *flema* (síntoma, enfermedad, etc.). En general, este grupo de mujeres demostró reconocer tanto lo que sabe como lo que no sabe, aunque su conocimiento y manejo del vocabulario pediátrico esté por debajo del nivel deseado.

4.4.4.2 Sanatorio familiar

Entre los términos que obtuvieron menor puntaje en la escala de conocimiento de vocabulario (menos de 29.3) se encuentran:

adenoides: un 60% de las informantes no recordaban haber visto esta palabra o la habían visto pero no sabían su significado. Del 40% restante, sólo dos mujeres definieron el término correctamente.

constipación: 70% de las informantes no supieron definir la palabra. En una encuesta se confundió constipación con estreñimiento.

diarrea: esta palabra quedó sin definir en 4 encuestas, a pesar de ser un término de alta frecuencia en las consultas además de relativamente fácil de explicar.

expectorar: la gran mayoría de las informantes afirmó que conocía esta palabra pero no sabía su significado. En una encuesta fue definida como “toser” y en sólo dos se le definió correctamente.

luxación de cadera: ni una sola de las mujeres de este grupo definió el término. La gran mayoría aceptó haber visto la palabra pero no saber su significado.

prepucio: 60% de las informantes dejaron este término sin definir. Del resto, 30% la definió como “piel que cubre la cabeza del el pene” o “parte del pene”, y una sola elaboró su respuesta incluyendo “glande” y “circuncisión”.

regurgitar: un 70% de las informantes no logró definir esta palabra. El 30% restante lo hizo correctamente.

tos: este término volvió a quedar sin definir en 60% de las encuestas.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Adenoides	25
2	Antibiótico	33
3	Cólicos	31
4	Constipación	25
5	Deshidratación	35
6	Diarrea	28
7	Expectorar	24
8	Fiebre	36
9	Flema	32
10	Inhaloterapia	30
11	Luxación de cadera	18
12	Prepucio	26
13	Regurgitar	24
14	Sarpullido	33
15	Sinusitis	32
16	Suero oral	34
17	Tos	26
18	Vacuna	36
19	virus	30

Tabla 35 Puntaje promedio por palabra: 29.3
Puntaje promedio por encuesta: 55.8

Los ocho términos en los que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *adenoides*, *constipación*, *diarrea*, *expectorar*, *luxación de cadera*, *prepucio*, *regurgitar* y *tos*.

La siguiente tabla muestra la relación entre los rangos de edad, el nivel escolar alcanzado y el puntaje promedio de las informantes.

Edad	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Maestría	Posgrado
20-29		40	36		
30-39	62	50.5	63.6		
40-49					
50-59					

Tabla 36 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

En la tabla que combina edad de las participantes, con nivel escolar alcanzado y puntaje en la escala de conocimiento de vocabulario, se observa que desciende un poco el puntaje de preparatoria a licenciatura en el grupo de informantes de 20 a 29 años, no habiendo mujeres con maestría o posgrado. En el grupo de 30 a 39 años, se nota un ascenso en el puntaje de preparatoria a licenciatura. Sin embargo, el grupo con secundaria terminada, dentro de este rango de edad, obtiene un puntaje mayor que el de las mujeres que alcanzaron el nivel de preparatoria, y sólo un poco menor que el grupo que alcanzó el nivel de licenciatura. Los demás grupos de edad no tienen representación en esta muestra.

Grado de dificultad

TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	60			20	20
Constipación	50	30	10	10	
Diarrea	100				
Expectorar	60		20		20
Luxación de cadera	30	20	20	10	20
Prepucio	60	20		10	10
Regurgitar	40	20	20		20
Tos	100				

Tabla 37 Grado de dificultad de términos pediátricos

Los términos que aparecen en la tabla previa son los que las mujeres demostraron menor competencia para definir. En su mayoría coinciden con los resultados del apartado #4 de la encuesta, excepto por *diarrea* y *tos*, términos que las mujeres juzgaron como muy fáciles de definir en un 100% y que, sin embargo, no pudieron explicar en la escala de conocimiento de vocabulario. Algo similar sucedió con *luxación de cadera* y *regurgitar*, ya que el número de informantes que las dejó sin definir es mayor que el que calificó estos términos como difíciles.

4.4.4.3 Seguro Social

Los términos que obtuvieron menor puntuación (menos de 28.7) fueron:

adenoides: Esta palabra quedó sin definir en un 80% de las encuestas. En una sola encuesta fue correctamente definida y en otra se le definió como “crecimiento de anginas.”

expectorar: El 70% de las informantes no recordaba esta palabra o la recordaba pero no sabía su significado. El 30% restante la definió como “expulsar/arrojar ...”

inhaloterapia: Este término quedó sin definir en un 60% de las encuestas. En el 40% restante se le definió como “vía de administración de medicamentos para problemas respiratorios”, “se usa para abrir vías respiratorias”, o “terapia a través de oxígeno húmedo”. En todas las definiciones las participantes demuestran que conocen la técnica.

luxación de cadera: Un 60% de las informantes dejaron esta palabra sin definir. El 20% la definió incorrectamente, confundiendo luxación con “fractura” o “desgaste”. El 20% restante la definió como “dislocación de la pelvis”.

prepucio: Un 60% de las informantes reportaron no conocer esta palabra. Un 10% reportó conocerla pero no saber su significado. Del 30% restante, todas las informantes definieron prepucio correctamente como “glande”, “parte del pene”, y “piel sobrante”.

sinusitis: Esta palabra quedó sin definición en un 40% de las encuestas solamente, aunque en el 60% restante fue incorrectamente definida como “catarros continuos”, “inflamación de las cavidades nasales”, “enfermedad de la nariz”e “inflamación y congestión de la nariz”. Sólo tres mujeres la definieron como “inflamación de los senos paranasales”.

virus: Este término quedó sin definición en 40% de las encuestas. En el resto fue incorrectamente definido como “enfermedad”, “infección”, “se reproduce en células vivas”. Es decir, que para las informantes, fue más sencillo explicar qué provoca el virus y no qué es.

	TÉRMINO	PUNTAJE TOTAL
1	Adenoides	20
2	Antibiótico	35
3	Cólicos	33
4	Constipación	31
5	Deshidratación	36
6	Diarrea	33
7	Expectorar	22
8	Fiebre	36
9	Flema	31

10	Inhaloterapia	22
11	Luxación de cadera	26
12	Prepucio	19
13	Regurgitar	17
14	Sarpullido	33
15	Sinusitis	28
16	Suero oral	36
17	Tos	31
18	Vacuna	31
19	virus	27

Tabla 38 Puntaje promedio por palabra: 28.7
Puntaje promedio por encuesta: 54.7

Los ocho términos en los que las mujeres demostraron una menor capacidad para definir y / o utilizar en una oración fueron: *adenoides, expectorar, inhaloterapia, luxación de cadera, prepucio, regurgitar, sinusitis y virus.*

La tabla que aparece a continuación ilustra la relación entre el rango de edad, el nivel escolar alcanzado y el puntaje promedio de las informantes.

Edad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Licenciatura	Posgrado
20-29	52		56		
30-39	54		57		
40-49		50.5			
50-59					

Tabla 39 Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado

En el cuadro que combina edad, nivel escolar alcanzado y puntaje promedio por encuesta, se observa que no existe gran diferencia entre los grupos de primaria, secundaria y preparatoria. No tenemos representantes de licenciatura o posgrado. En cuanto a la edad, el puntaje aumenta levemente del grupo de 20 a 29 años al de 30 a 39 años tanto en primaria como en preparatoria. Las mujeres en el rango entre los 40 y los 49 años que alcanzaron secundaria obtienen un puntaje promedio escasamente más bajo que los demás grupos.

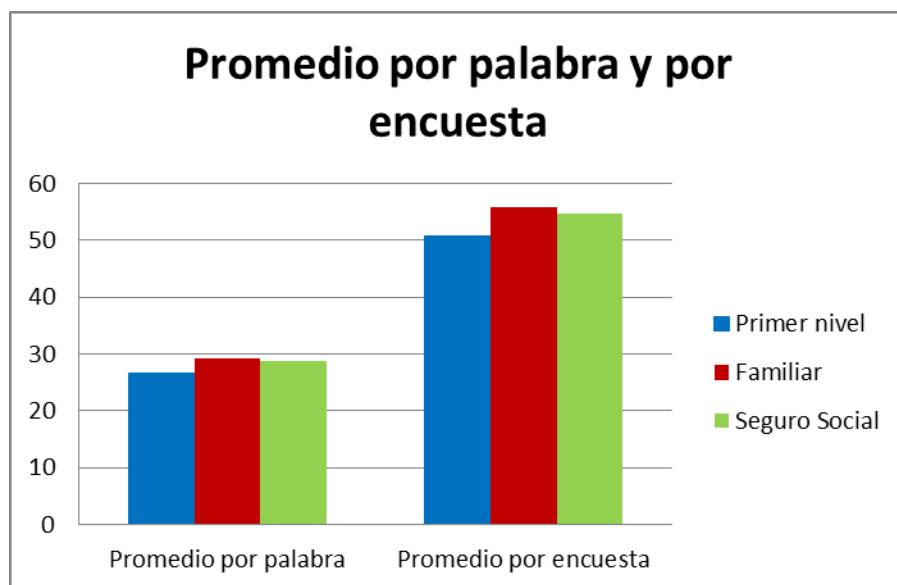
TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	20		20		50
Constipación	70	10			20
Diarrea	90	10			
Expectorar	20	30			50
Luxación de cadera	70	20			10
Prepucio	30			10	60
Regurgitar	10	10			80
Tos	100				

Tabla 40 Grado de dificultad de términos pediátricos

Los términos que aparecen en la tabla previa son los que este grupo de mujeres demostró tener mayor dificultad para definir. Al comparar los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario con el grado de dificultad que las mismas mujeres le asignaron a los términos en el apartado 4 de la encuesta, es posible concluir que en el caso de *adenoides*, *expectorar*, *prepucio* y *regurgitar*, los resultados coinciden, no siendo así con los términos *constipación*, *diarrea*, *luxación de cadera* y *tos*.

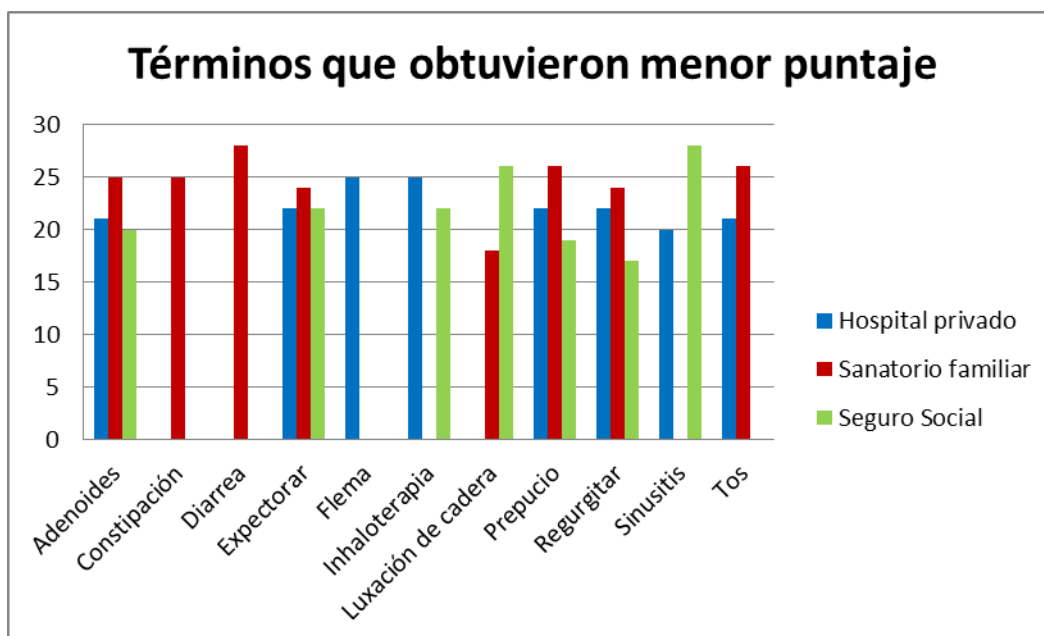
4.4.4.4 Comparación entre las tres redes sociales dentro del campo de la pediatría en la segunda parte de la encuesta

La segunda parte de las encuestas pediátricas fue diseñada para medir la competencia léxica de las mujeres dentro del campo semántico de la pediatría en cada uno de los tres contextos médicos. Se utiliza una adaptación de la Escala de Conocimiento de Vocabulario de Wesche y Paribakht (1996), para obtener el puntaje por palabra y por encuesta (tabla 4 en la sección 4.3 o Recolección de datos). En la gráfica 11 se comparan los promedios por palabra y por encuesta de los tres centros de atención.



Gráfica 11 Comparación de los promedios por palabra y por encuesta en los tres contextos pediátricos

Las informantes del sanatorio familiar obtuvieron un puntaje promedio de 29.3 por palabra y 55.8 por encuesta, superando a las mujeres del hospital del Seguro Social (28.7 y 54.7) y a las del hospital privado (26.6 y 50.7 respectivamente) que obtuvieron los puntajes más bajos. Las palabras que resultaron más difíciles de definir y/o utilizar en los tres centros de atención médica, aparecen en la siguiente gráfica:



Gráfica 12 Términos de mayor dificultad en los tres contextos pediátricos

De estas palabras un 20% pertenece a la categoría **anatomía**, un 60% a **signos y síntomas**, un 10% a **tratamientos** y, por último, un 10% a **patología** (clasificación propuesta en el apartado 4.3 o Recolección de datos).

4.5 INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.5.1 Resultados de las tres redes sociales dentro del campo semántico de la ginecología

El análisis de los datos aportados por las mujeres al comienzo de la encuesta indica que en términos de nivel escolar alcanzado, las informantes del hospital privado superan a las del sanatorio familiar y éstas, a su vez, a las del hospital del Seguro Social. Los rangos de edad, en cambio, son similares en los tres grupos. Los rangos de 20-29 años y de 50-59 años son los menos representados (20% y 10% respectivamente).

De las diez preguntas que integran la primera parte de la encuesta, la #5 (proporcionar 5 términos que le cueste utilizar durante la consulta ginecológica) es la que queda un mayor número de veces sin contestar, lo cual nos puede llevar a concluir que 1. la competencia léxica de las mujeres varía en los planos receptivo y

productivo; y 2. las mujeres prefieren ocultar el hecho de que desconocen términos que deberían de conocer (encubrimiento de incompetencia).

La duración de la consulta es muy similar en el hospital privado y en el Seguro Social, pero en el sanatorio familiar el 50% de las informantes reporta que la consulta dura casi una hora (entre 15 y 30 min más que en los otros dos contextos).

En el hospital privado, las mujeres mencionan el hecho de que, a veces, les cuesta utilizar el vocabulario técnico o médico pero de inmediato agregan que su médico es claro, que si no entienden le preguntan y que su médico resuelve las dudas utilizando sinónimos o un lenguaje más sencillo. De hecho, el 70% de este grupo de informantes asegura no tener ningún problema para entender las explicaciones del médico, porcentaje que se reduce al 40% de las mujeres en el sanatorio familiar y al 20% de las pacientes del Seguro Social.

En el grupo del hospital privado en particular, hay una actitud de lealtad implícita hacia el médico al cual defienden repetidamente. También se protegen a sí mismas y responden que a menudo les cuesta utilizar ciertos términos por “pudor” o por “pena” pero “no por desconocimiento”, tal vez para encubrir su propia incompetencia lingüística. En el grupo del sanatorio familiar las informantes también mencionan el hecho de encontrar ciertos términos difíciles debido a que les causan “pena” asegurando que “casi” no tienen dudas.

Al preguntarles cómo comprueban si el médico les entiende, no todas las informantes contestan la pregunta. Algunas afirman, de manera un poco vaga, que por la forma en que les contesta, porque aclara sus dudas, porque el tratamiento les funciona (comprobación a largo plazo). Otras, en cambio, responden qué es lo que hacen ellas cuando no le entienden al médico. Una paciente comenta que “consulta un libro” al llegar a su casa (la misma paciente había contestado previamente que no tenía dudas ya que su médico era muy claro).

Las participantes en general coinciden en que la relación con el ginecólogo exhibe características particulares, incluso mencionan que no es una visita cómoda ni agradable. Dentro de la red del hospital privado hay mujeres que hacen hincapié en la importancia de poner límites y en que la conducta del médico siempre sea seria.

En el hospital privado las informantes aceptan desconocer su propio cuerpo y a menudo mitigan este hecho formulando su opinión o su sentir de manera impersonal. Por ejemplo “hay mujeres a las que no les gusta...” (en lugar de “a mí no me gusta...”), “al oír la palabra sienten...” (en lugar de decir “cuando oigo esa palabra

me siento...”). Estas mujeres protegen su imagen pública a través del uso de estrategias de cortesía abiertas pero indirectas y adjudican a “otras mujeres” lo que tal vez les molesta o preocupa a ellas mismas.

En la segunda parte de la encuesta se mide la competencia léxica de las mujeres con respecto al vocabulario ginecológico a través de una adaptación de la Escala de Conocimiento de Vocabulario de Wesche y Paribakht (1993). En dicha escala, las pacientes obtienen los siguientes puntajes:

Puntaje	Hospital privado	Sanatorio familiar	Seguro Social
Promedio por palabra	35.4	28.7	33.1
Promedio por encuesta	63.8	51.7	59.6

Tabla 41 Comparación del promedio por palabra y por encuesta entre los tres contextos médicos

Las mujeres del hospital privado obtienen mejor puntaje promedio tanto por palabra como por encuesta, seguidas por las del Seguro Social y, en tercer lugar, por las del sanatorio familiar.

Al comparar el grado de dificultad (1-5) que las mujeres asignaron al vocabulario ginecológico en el apartado 4 de la encuesta con los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario, se comprueba que en el caso de las mujeres del hospital privado hay coincidencia en 3 de los 7 términos en los que demostraron menor capacidad para definir y/o utilizar la palabra en una oración: *endometrio*, *histerectomía* y *mioma*. Las palabras en las que no hubo coincidencia fueron: *frigidez*, *legrado*, *tumor* y *vagina*. La combinación entre las palabras que las informantes reportaron como más difíciles y las que tuvieron mayor dificultad para definir y/o utilizar en una oración, aparece en la tabla que se muestra a continuación.

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Vagina	80	10	10		
Endometrio	40	30	10		20
Histerectomía	40	10	20		30
Legrado	80	10	10		
Mioma	60	10	20	10	
Frigidez	70	20	10		
Tumor	80	10	10		

Tabla 42 Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del hospital privado

En el sanatorio familiar, en cambio, el resultado es de coincidencia en 5 de 11 términos, demostrando menor capacidad para decidir qué términos conocen bien y cuales se les dificultan. Las cinco palabras en las que hubo coincidencia fueron *cáncer de mama*, *cáncer cervicouterino*, *endometrio*, *histerectomía* y *mioma*.

Las palabras en las que no hubo coincidencia fueron: *senos, ovarios, útero, vagina, frigidez y tumor*. La relación entre estos términos se puede apreciar en la siguiente tabla.

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Senos	90	10			
Ovarios	90	10			
Útero	90	10			
Vagina	90	10			
Cáncer de mama	50		20		30
Cáncer cervicouterino	30		20	10	40
Endometrio	20	10	10		60
Histerectomía	50		20		30
Mioma	40	20	20		20
Tumor	70	10	10		10
Frigidez	70		10		20

Tabla 43 Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del sanatorio familiar

En el caso de las encuestas del Seguro Social, hubo coincidencia en 7 de los 8 términos, y en el único en que no la hubo fue en *vagina*. Esta fue la red en la que hubo mayor coincidencia entre las respuestas proporcionadas en el apartado 4 de la encuesta y los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario, como se puede observar en la siguiente tabla.

Grado de dificultad

Término	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Vagina	80	10			10
Cáncer de mama	60	10			30
Endometrio	10	20	20	10	40
Histerectomía	10	10	20	10	50
Mioma	30	10	50		10
Ritmo	60	20	10		10
Tumor	50	10	10	10	20
Frigidez	50	30	10		10

Tabla 44 Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del Seguro Social

Es probable que en este grupo haya menos encubrimiento deliberado de la incompetencia propia dado que se trata de una red difusa donde las mujeres comparten el único lazo de ser mujeres. No se conocen unas a otras ni existe relación alguna entre las pacientes, las enfermeras y el médico.

A continuación se incluye una tabla con las palabras que las mujeres demostraron menor capacidad para definir en total. Las que aparecen en negrita fueron las que resultaron difíciles para las mujeres de las tres redes.

Término	Hospital Privado	Sanatorio Familiar	Seguro Social
Senos		X	
Ovarios		X	
Útero		X	
Vagina	X	X	X
Cáncer de mama		X	X
Cáncer cervicouterino		X	
Endometrio	X	X	X
Histerectomía	X	X	X
Legrado	X		
Mioma	X	X	X
Ritmo			X
Tumor	X	X	X
Frigidez	X	X	X

Tabla 45 Combinación de los términos de mayor dificultad en las tres redes sociales

Me gustaría hacer hincapié en los términos que quedaron sin definir en las tres redes. La palabra *vagina* es de uso frecuente y aún así para un importante número de mujeres en México no es apropiado hacer referencia a las partes de su cuerpo de manera explícita. La mujer, desde pequeña, aprende a nombrar los órganos sexuales tanto femeninos como masculinos con diminutivos y palabras menos “agresivas” y vergonzosas heredadas del seno familiar. Inclusive en los países de lengua inglesa, la palabra *vagina* se considera tabú, como lo subrayan Goddard y Patterson (2000: 76), mientras palabras como *violación* sí aparecen en los diccionarios. Las autoras citan a Dale Spender (1980) quién en su libro *Man Made Language* propone la siguiente pregunta:

...why is the term ‘rape’ not considered taboo, while another four-letter word describing female genitals is often considered the strongest taboo word in the English language?

[...¿ por qué el término ‘violación’ no se considera tabú, mientras que otra palabra de cuatro letras que describe los genitales femeninos a menudo se considera la palabra tabú más fuerte de la lengua inglesa?] (2000: 76)

De hecho, el uso de palabras alternativas para nombrar el órgano sexual femenino sigue siendo causa de preocupación para muchos ginecólogos que argumentan que la pena al utilizar palabras como “vagina” sí puede afectar la salud de las pacientes de manera determinante.

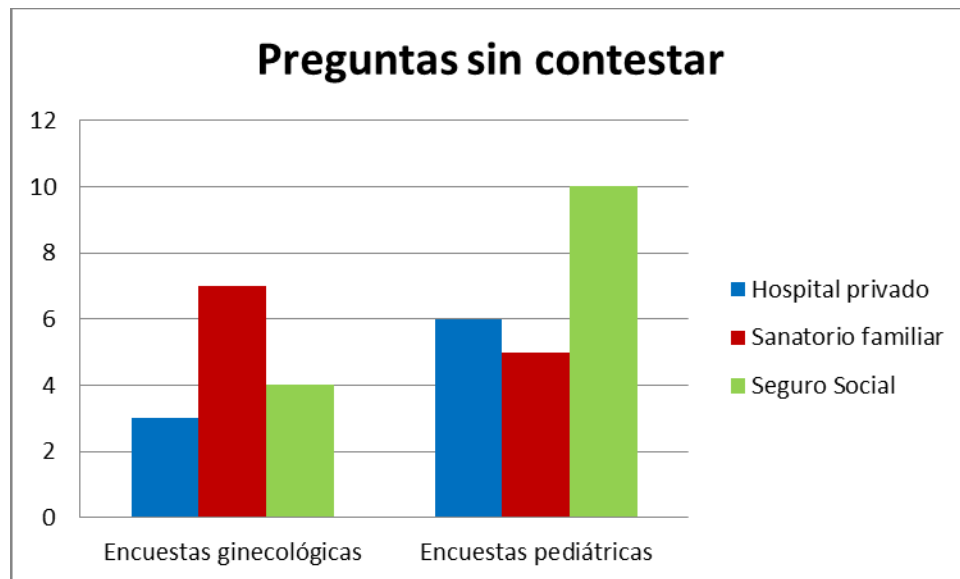
El siguiente término es *endometrio* o recubrimiento interno del útero que sirve como fuente de nutrición inicial para el óvulo fecundado y que, en caso de no haber óvulo fecundado, se desprende durante el ciclo de la menstruación. A pesar de estar relacionado con el ciclo de la menstruación con el cual la mujer normalmente se familiariza entre los 9 y los 13 años, es un término que la mujer rara vez utiliza pero cuyo significado comprende. Hay que recordar que la menstruación también corresponde a la intimidad femenina y que hasta hace poco tiempo, se veía como una limitante física o época restringida para las niñas. Sólo recientemente, las escuelas han comenzado a ofrecer pláticas sobre el tema y a enseñarles a las alumnas en qué consiste el ciclo de la menstruación y cómo cuidarse. La palabra *histerectomía* posee una carga negativa, sobre todo en la cultura mexicana. El papel de la mujer como fuente de vida y como agente conservador de la especie tiene un carácter muy fuerte en países como el nuestro. Dentro de ciertos estratos sociales cuando a una mujer se le practica la histerectomía se habla de que “la vaciaron” y se asocia con la idea de la mujer “incompleta.” Algo similar sucede con la palabra *frigidez*, palabra que a menudo se relaciona con frialdad, con incapacidad, pero que rara vez se define en términos de insatisfacción sexual. El referente de la palabra *frigidez* constituye un problema de la mujer y sólo de ella. No se discute si es resultado de la situación con su pareja, o de posibles eventos desagradables en el pasado. A menudo se utiliza para encubrir la falta de interés en mantener relaciones sexuales y no la incapacidad para alcanzar el placer sexual. El placer de tipo sexual suele ser un derecho casi exclusivo del hombre. Como lo afirman Goddard y Patterson, muchos textos médicos asocian los genitales femeninos con la reproducción y los masculinos con el acto sexual y el placer; además, términos como *viril* o *potente* que describen poder sexual normal en el hombre no poseen una contraparte en la mujer, para la cual se citan sólo extremos, como *frígida* o *ninfomaniaca* (2000: 76).

En cuanto a *mioma* y *tumor*, a pesar de la frecuencia con la que se utilizan y de la importancia que tienen, la confusión entre estos términos parece ser generalizada. En la mayoría de los casos, las mujeres definen mioma como una “bolita” pequeña no maligna, como una especie de diminutivo tanto en tamaño como en impacto de un tumor. En realidad, un mioma es una tumoración que se origina en el músculo del útero y que es benigna; un tumor, en cambio, consiste en un crecimiento desordenado debido a la alteración de las células originales y que puede ser benigno o maligno. En el caso del uso de estos dos términos, pueden intervenir tanto el desconocimiento del significado de cada uno, que conduce a la mujer a simplificar sus significados, como obstáculos vinculados con el temor que inspira el cáncer.

4.5.2 Resultados de las tres redes sociales dentro del campo semántico de la pediatría

Los datos al inicio de la encuesta indican que las informantes del hospital privado superan a las del sanatorio familiar en el nivel escolar alcanzado sólo que de manera más moderada que en las encuestas ginecológicas, ya que en ambos grupos un 60% terminó una licenciatura. Las informantes del hospital del Seguro Social nuevamente reportan el nivel escolar más bajo de los tres grupos. Los rangos de edad sí difieren en los tres grupos: en el hospital privado el 70% de las mujeres está entre los 40 y los 49 años; en el grupo del sanatorio familiar el 80% se encuentra entre los 30 y los 39 años; y en el Seguro Social el 50% está entre los 30 y los 39 y el otro 50% entre los 20-29 y los 40-49. El rango de los 50-59 años carece de representación, probablemente porque las informantes son mamás de niños menores de 12 años y, en consecuencia, tienen menos de 50 años.

La pregunta #5 en la que se le pide a la informante que proporcione 5 términos pediátricos que le cueste utilizar durante la consulta quedó sin contestar en un total de 13 encuestas. De hecho, el número total de preguntas que las informantes de este grupo no contestaron (21), es mayor que en el caso de las encuestas ginecológicas (14), como se puede apreciar en la gráfica que aparece a continuación.



Gráfica 13 Número de preguntas sin contestar en los tres contextos pediátricos

En el grupo que corresponde al hospital privado las informantes expresan de nueva cuenta su lealtad hacia el pediatra. Reconocen, sin embargo, que tienen dificultades con la terminología médica, preocupación que también externalan las participantes de los otros dos grupos.

Al preguntárseles cómo comprueban si el médico les entiende, las respuestas vuelven a ser confusas. Algunas participantes las interpretan como qué es lo que hacen ellas cuando perciben que el médico no les entiende y responden “le repito la explicación que me dio con mis propias palabras...”. Otras se defienden argumentando que ellas hablan claro o que usan palabras sencillas o que creen “tener un buen uso del lenguaje”. Una de las mujeres responde “su cara, su risa y la contestación”; otra responde “por la actitud” y una última “con el diálogo”. Estas son prácticamente las únicas respuestas directas a esta pregunta.

Las mujeres proponen que el médico utilice menos tecnicismos, que tenga “sensibilidad” ante la falta de conocimientos técnicos de sus pacientes, que explique los síntomas con paciencia, que cualquier persona le pueda entender, y que haya mejor comunicación con el médico. Finalmente, las informantes añadieron comentarios al término de la encuesta. En este espacio, las mujeres del Seguro Social trataron la importancia de conocer el significado de las palabras y de usarlas adecuadamente y la responsabilidad de los padres por aclarar las dudas con el médico. También aceptaron desconocer la terminología incluida en la encuesta y reconocieron que, rara vez, alguien les pregunta si entienden o no y qué es lo que no entienden.

En la Escala de Conocimiento de Vocabulario de Wesche y Paribakht (1993), las pacientes obtienen los siguientes puntajes:

Puntaje	Hospital privado	Sanatorio familiar	Seguro Social
Promedio por palabra	26.6	29.3	28.7
Promedio por encuesta	50.7	55.8	54.7

Tabla 46 Puntaje promedio por palabra y por encuesta en las tres redes sociales

Al comparar el grado de dificultad (1-5) que las mujeres asignaron al vocabulario pediátrico en el apartado 4 de la encuesta con los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario, se corrobora que, en el caso de las mujeres del hospital privado, hay coincidencia en 6 de los 8 términos en los que demostraron menor capacidad para definir y/o utilizar la palabra en una oración. Los seis términos en los que hubo coincidencia

fueron: *adenoides, expectorar, inhaloterapia, prepucio, regurgitar y sinusitis*. Las palabras en las que no hubo coincidencia fueron: *tos y flema*.

Grado de dificultad

TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	30	20		10	40
Expectorar	60		10	10	20
Flema	90	10			
Inhaloterapia	50	10	10	10	20
Prepucio	50	10	10		30
Regurgitar	40	20	20	10	10
Sinusitis	40		20	20	20
Tos	70	10			20

Tabla 47 Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del hospital privado

En el sanatorio familiar también hubo coincidencia en 6 de los 8 términos que a las mujeres les costó más definir. Hubo discrepancias en los términos *tos* y *diarrea*. Sin embargo, en el caso de *luxación de cadera* y *regurgitar*, el número de informantes que las dejó sin definir fue mayor que el que juzgó estos términos difíciles.

TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	60			20	20
Constipación	50	30	10	10	
Diarrea	100				
Expectorar	60		20		20
Luxación de cadera	30	20	20	10	20
Prepucio	60	20		10	10
Regurgitar	40	20	20		20
Tos	100				

Tabla 48 Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del sanatorio familiar

En la red del Seguro Social, hubo coincidencia en 4 de los 8 términos más difíciles de definir. Éstos fueron: *adenoides, expectorar, prepucio y regurgitar*. Se notaron discrepancias en: *constipación, diarrea, luxación de cadera y tos*. En este campo semántico las mujeres del hospital privado y del sanatorio familiar demostraron mayor capacidad para definir términos y para reconocer cuáles son los que les cuesta más definir, que las informantes del Seguro Social.

TÉRMINO	1 (fácil)	2	3	4	5 (muy difícil)
Adenoides	20		20		50
Constipación	70	10			20
Diarrea	90	10			
Expectorar	20	30			50
Luxación de cadera	70	20			10
Prepucio	30			10	60
Regurgitar	10	10			80
Tos	100				

Tabla 49 Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del Seguro Social

A continuación se incluye una tabla con las palabras que las mujeres demostraron menor capacidad para definir en total. Las que aparecen en negrita fueron las que resultaron difíciles para las mujeres de las tres redes.

Término	Hospital Privado	Sanatorio Familiar	Seguro Social
Adenoides	X	X	X
Constipación		X	X
Diarrea		X	X
Expectorar	X	X	X
Flema	X		
Inhaloterapia	X		
Luxación de cadera		X	X
Prepucio	X	X	X
Regurgitar	X	X	X
Sinusitis	X		
Tos	X	X	X

Tabla 50 Combinación de los términos de mayor dificultad en las tres redes sociales

Las mujeres de los tres grupos tuvieron dificultad para definir y/o utilizar en una oración las siguientes palabras: *adenoides*, *expectorar*, *prepucio*, *regurgitar* y *tos*.

Me gustaría analizar los términos en los que las mujeres de las tres redes sociales coincidieron en cuanto a dificultad para definir. *Adenoides*, un tejido de defensa complemento de las amígdalas localizado en la retrofaringe, a menudo provoca confusión, a pesar de ser un término de alta frecuencia durante la consulta y de constituir una de las causas más comunes de intervención quirúrgica en niños. *Expectorar* y *regurgitar* se refieren a síntomas que, tal vez, las mujeres eviten definir por considerarlos demasiado grotescos. Su frecuencia es muy alta; sin embargo, un gran número de mamás prefiere decir “escupir flemas” y “revomitar”, “devolver”, “regresar” respectivamente. El caso de *tos* es único en el sentido de que seguramente es el término que más fácil y adecuadamente se usa pero que resulta muy complicado de definir. Sólo resta

analizar el término *prepucio*. Nuevamente nos encontramos ante una palabra relacionada con el aparato genital masculino lo cual, en sí, podría explicar la razón por la cual las mujeres coincidieron en su poca capacidad para definirla. Sin embargo, cabe señalar que, a diferencia de las encuestas ginecológicas, en estas encuestas las informantes que sí definieron *prepucio* utilizaron las palabras *pene*, *glande del pene*, *cabeza del pene* en un mayor porcentaje, demostrando su apertura para utilizar estos términos cuando están relacionados con el niño y no con ellas mismas.

4.5.3 Comparación de los resultados obtenidos dentro de una misma red social en sendos campos semánticos

En esta sección me propongo descubrir si existen diferencias en la mujer al usar el léxico ginecológico en contraste con el léxico pediátrico. Para ello planeo comparar los resultados obtenidos en ambas encuestas por cada red social.

El análisis cuantitativo revela resultados variables en cada red social. En el hospital privado, los puntajes por palabra y por encuesta son los siguientes:

Puntaje promedio	Encuestas ginecológicas	Encuestas pediátricas
Por palabra	35.4	26.6
Por encuesta	63.8	50.7

Tabla 51 Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos dentro de la red del hospital privado

Los puntajes de la tabla indican que las informantes demostraron un mayor conocimiento de la terminología ginecológica en comparación con la terminología pediátrica por un margen bastante amplio.

En el caso del sanatorio familiar los resultados fueron los siguientes:

Puntaje promedio	Encuestas ginecológicas	Encuestas pediátricas
Por palabra	28.7	29.3
Por encuesta	51.7	55.8

Tabla 52 Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos en la red del sanatorio familiar

Cuantitativamente, se reporta una diferencia mínima tanto en el puntaje promedio por palabra como en el puntaje promedio por encuesta, a favor del conocimiento de las mujeres en el campo semántico pediátrico.

En el grupo de mujeres del Seguro Social los resultados fueron:

Puntaje promedio	Encuestas ginecológicas	Encuestas pediátricas
Por palabra	33.1	28.7
Por encuesta	59.6	54.7

Tabla 53 Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos en la red del Seguro Social

En esta red social, las mujeres obtienen mejores resultados en las encuestas ginecológicas en contraste con las encuestas pediátricas, al igual que el grupo del hospital privado. De hecho, obtienen mejores resultados en las encuestas pediátricas que el grupo antes mencionado.

4.5.4 Interpretación de las respuestas proporcionadas por ginecólogos y pediatras

Con el propósito de descubrir si el médico está o no consciente de las diferencias en el manejo del léxico médico por parte de sus pacientes y de describir cuál es su postura ante dichas diferencias, apliqué una encuesta a seis médicos: tres ginecólogos y tres pediatras (Anexo VII, C y D). Cinco de los seis médicos entrevistados reconocieron que existen problemas a nivel de comunicación con sus pacientes. Los ginecólogos citaron como factores principales del problema de comunicación, tanto la educación de los pacientes como el tiempo limitado de la consulta. Afirmaron que reconocían fallas en la comunicación cuando los pacientes hacían demasiadas preguntas, sobre todo repetitivas, o cuando no preguntaban nada en absoluto. Indicaron que el silencio por parte del paciente era un signo de falta de comprensión. Los médicos añadieron que la comprensión por parte del paciente varía con el nivel de educación. De hecho, entre los factores que influyen el intercambio entre el médico y su paciente se citaron escolaridad, educación, y nivel socioeconómico, los cuáles afectan el acervo de vocabulario del paciente, la atención que le presta al médico y el nivel de comunicación entre ambos.

Los ginecólogos añadieron ciertos comentarios que vale la pena mencionar:

“La comprensión de los problemas de salud es mayor en cuanto existe más educación [por parte del paciente]”

Los factores que más afectan la comunicación médico-paciente son “educación o nivel de escolaridad alcanzado, nivel económico, ya que el acervo de vocabulario y nivel de comunicación y atención con el médico son directamente proporcionales con los factores mencionados...”

Este grupo de médicos consideró que los términos *biopsia*, *endometrio*, *histerectomía*, *mioma*, *ritmo*, *tumor*, *vasectomía* y *frigidez* son los más difíciles de definir para las pacientes; los términos *infertilidad*, *legrado* y *menopausia* son más o menos difíciles; y los demás les resultan bastante sencillos. En la siguiente tabla se combinan los términos propuestos por los ginecólogos con los que a las mujeres les resultaron más difíciles de definir y/o utilizar en una oración.

	Ginecólogos	Pacientes
Biopsia	X	X
Endometrio	X	X
Frigidez	X	X
Histerectomía	X	X
Mioma	X	X
Ritmo	X	
Tumor	X	X
Vagina		X
Vasectomía	X	

Tabla 54 Combinación de los términos más difíciles según ginecólogos y pacientes

Al comparar los términos propuestos por los ginecólogos con los que las pacientes tuvieron mayor dificultad para definir y/o utilizar en una oración, comprobamos coincidencia en 6 de los 9: *biopsia*, *endometrio*, *frigidez*, *histerectomía*, *mioma* y *tumor*. En el caso de *vagina*, los ginecólogos no lo consideraron como difícil mientras que las mujeres sí. El ginecólogo incluyó *ritmo* y *vasectomía*, pero las informantes, en general, no tuvieron mayor dificultad con estos dos términos.

Los pediatras, por su parte, respondieron que el grado de escolaridad, la falta de conocimientos no científicos (tradicionales), las creencias populares, la falta de empatía con el paciente y el hecho de que el médico utilice vocabulario especializado “aún intentando no hacerlo” son los factores responsables por la falta de comunicación. Como síntomas que indican problemas en el intercambio médico-paciente, los pediatras citaron la falta de preguntas o aclaraciones por parte de los pacientes, la formulación de preguntas

ya respondidas, la perplejidad del paciente después de una explicación, y las dudas expresadas de manera explícita (“¿Qué quiere decir eso?” “ Me puede repetir qué tengo que hacer? ”).

Tanto ginecólogos como pediatras mencionaron que utilizan como métodos de apoyo durante las consultas: dibujos, láminas, folletos, hojas con explicaciones sencillas de los problemas más comunes y cómo tratarlos inicialmente en el hogar (bajar la temperatura, manejar la diarrea, entre otros) e imágenes en computadora. En relación con los factores que influyen en la comunicación, los pediatras citaron el nivel de educación formal alcanzado y las creencias populares. Vale la pena recalcar algunas de las respuestas:

“Generalmente los [pacientes] universitarios entienden mejor”

“... uno sabe que los [pacientes] de mayor escolaridad y nivel sociocultural están ahora más informados o tienen mayor área para buscar dicha información”

“... uno tiene que utilizar términos comunes para explicar la naturaleza del padecimiento y/o tratamiento ya que éstos [los pacientes] por lo general preguntan poco o su información está equivocada”

“Recibimos pacientes que aún se encuentran en fase de pensamiento mágico, por ejemplo, tratamiento de empacho, no cortar las uñas del bebé porque se queda mudo, etc.”

“... hay pacientes profesionistas que por entrar a Internet casi son médicos...”

“Poca gente se interesa en la terminología médica salvo cuando están enfermos”

En cuanto al grado de dificultad de los términos que aparecieron en las encuestas aplicadas a las pacientes, los pediatras juzgaron que *inhaloterapia*, *adenoides* y *luxación de cadera* eran los más complicados; *expectorar*, *regurgitar*, *prepucio* y *sinusitis* eran más o menos difíciles; y los demás eran relativamente sencillos. Si comparamos estos términos con los que las mujeres de los tres grupos tuvieron mayor dificultad para definir, obtenemos los siguientes resultados:

	Pediatras	Pacientes
adenoides	X	X
expectorar	X	X
inhaloterapia	X	
luxación de cadera	X	
prepucio	X	X
regurgitar	X	X
sinusitis	X	
tos		X

Tabla 55 Combinación de los términos más difíciles según pediatras y pacientes

Al comparar los términos que los pediatras consideraron difíciles y más o menos difíciles con los que las mujeres demostraron mayor dificultad para definir, se encuentran coincidencias en *adenoides*, *expectorar*, *prepuccio*, y *regurgitar*. No hubo coincidencia en los términos *tos*, *inhaloterapia*, *luxación de cadera*, y *sinusitis*.

IV. CONCLUSIONES

El primer eje teórico de esta investigación es el *componente sociolingüístico* que integra el modelo de competencia comunicativa propuesto por Canale y Swain (1980) y Canale (1983) el cuál busca establecer las reglas de uso del lenguaje que nos permiten desenvolvernó apropiadamente de acuerdo al contexto social en el que nos encontramos. Esta competencia, afirma Hymes (1972), suele estar influenciada por la identidad grupal del individuo, es decir, el rol que desempeña dentro del contexto social, la información que comparte con los demás miembros del grupo y la función de dicho escenario de interacción. Ranney, por su parte, afirma que las capacidades sociolingüísticas incluyen “la habilidad para llevar a cabo diferentes actos de habla, la habilidad para manejar turnos y temas en la conversación, la sensibilidad hacia la variación en registro y educación, y la comprensión de cómo estos aspectos del lenguaje varían de acuerdo a los contextos y a los roles sociales” (1992: 25). Por consiguiente, el componente sociolingüístico le permite al hablante decidir si una conducta lingüística en particular es apropiada o no, dependiendo de lo que se dice y de cómo se dice e, inclusive, de lo que no se dice.

El modelo propuesto por Canale y Swain incluye la noción de *evento de habla*, como unidad de descripción y análisis. El evento de habla de la consulta médica exhibe características particulares, una de las cuales es la asimetría entre médico y paciente. Según Ranney, aún “cuando el doctor y su paciente comparten el mismo idioma y la misma cultura, hay falta de comunicación ...” (1992: 28). Los pacientes se incorporan al evento de habla con una evidente desventaja: el lenguaje que maneja el médico a menudo les resulta incomprensible e, incluso, les provoca ansiedad y miedo (Fisher, 1998: 106).

El *modelo sociopragmático* de H.H.Clark (1996), el segundo eje teórico, también hace hincapié en el análisis de la comunicación tomando en cuenta los aspectos social y cognitivo. Según dicho modelo, cada uno de nosotros es miembro de una comunidad cultural con características específicas no siempre

compartidas con otras comunidades. Asimismo, cuando entramos en contacto con otro individuo hacemos ciertas predicciones acerca de la comunidad cultural a la que pertenece y las características que se les atribuyen a los miembros de dicha comunidad. Las expresiones idiomáticas personales como las que se utilizan para nombrar las partes del cuerpo humano, por ejemplo, constituyen un subconjunto de esas características. El modelo propuesto por H.H. Clark enfatiza dos premisas importantes dentro de esta investigación: en primer lugar, es posible inferir la procedencia sociocultural del interlocutor así como su manera de categorizar el mundo; en segundo lugar, ambos aspectos afectan los intercambios lingüísticos que dicho interlocutor sostiene con los demás.

El tercer capítulo de esta tesis explora el *modelo de cortesía* de Brown y Levinson (1987), el cuál presupone que los seres humanos somos agresivos por naturaleza y que la cortesía nos permite mantener las buenas relaciones sociales. Dentro de este modelo destaca la idea de que cada uno de nosotros tiene una *imagen pública* o de prestigio que desea mantener. De este modo, cada cultura determina, a través de sus integrantes, qué tipo de actos amenazan dicha imagen. El médico, como miembro de un grupo en particular, posee una imagen que a menudo varía según el contexto de atención. Algo similar sucede con la paciente, que por el sólo hecho de ser mujer, considera que debe guardar ciertas apariencias que la sociedad demanda de ella. Esta imagen también se ve afectada por el grupo sociocultural al que pertenece y por el centro de salud en el que se atiende.

La mujer cuida lo que dice, cómo lo dice y a quién se lo dice, obedeciendo a condiciones heredadas y aprendidas desde el seno materno. La propiedad e impropiedad de los intercambios verbales que sostiene también se ven moldeados por su edad, por el poder que le confiere la sociedad y por la distancia social entre ella y su interlocutor. Por ser la ginecología una especialidad que atañe al cuerpo y la intimidad femenina, la mujer necesita proteger su imagen frente al médico, a través de estrategias de encubrimiento y de cortesía positiva. Asimismo, el uso de eufemismos en lo que se refiere a las partes del cuerpo atenúa una evocación que puede resultar vergonzosa. Sin embargo, la manera en que la paciente decide comunicarse o no con su ginecólogo puede llegar a afectar seriamente los resultados de la consulta ya que los datos que ambos aportan son imprescindibles para diagnosticar y tratar cualquier problema vinculado con la salud.

El cuarto capítulo precisa cinco aspectos metodológicos relevantes en términos de una investigación sociolingüística: la entidad social, la selección de la muestra de participantes, la recolección de los datos, el

análisis de los datos y la interpretación de los resultados. Como unidad de análisis escogí la *red social*, ya que reúne al médico, enfermeras, recepcionista y pacientes dentro de un mismo grupo. Los miembros de la red comparten creencias sobre la conducta lingüística que se debe seguir en una situación determinada. Dentro de cada red las mujeres tienden a proveer respuestas parecidas, lo cual confirma la similitud entre ellas, sus expectativas, el tipo de lazos que las unen y, en ciertos casos, mi papel dentro de la red.

El análisis léxico-semántico de la segunda parte de la encuesta arrojó datos sobre el conocimiento que las participantes demostraron tener y el que informaron que tenían. De este modo se concluyó que el conocimiento de vocabulario que un individuo posee varía a lo largo de la dimensión receptivo-productiva. Es decir, que hay palabras que se reconocen sólo en un contexto muy rico en “pistas” (*tips*) mientras que otras se reconocen de manera casi espontánea. Asimismo, un hablante puede emplear una palabra al hablar de acuerdo a su significado más usual, pero no ser capaz de definirla o parafrasearla, como fue el caso de la palabra *tos*.

A través del análisis de las encuestas aplicadas tanto a las pacientes (ginecológicas y pediátricas) como a los doctores, intenté dar respuesta a las preguntas que propuse dentro de mis objetivos. En primer lugar cabe resaltar que no fue suficiente con aplicar los cuestionarios en contextos diferentes para establecer distinciones entre estratos socioculturales. La escolaridad tampoco resultó un indicador de nivel sociocultural, por sí sola. Sin embargo, ambas variables, en combinación, sí resultaron relevantes al tratar de descubrir si existe una relación entre nivel sociocultural y competencia sociolingüística, esta última medida en términos de manejo de léxico especializado.

Fue posible demostrar que existe relación entre el conocimiento léxico y el nivel de escolaridad de las participantes en el campo semántico ginecológico. Las mujeres del hospital privado superaron a las del sanatorio familiar y a las del Seguro Social por una diferencia de 6.7 puntos y 2.3 puntos, respectivamente, en el promedio por palabra y de 12.1 puntos y 4.2 puntos en el promedio por encuesta. Sin embargo, las mujeres del Seguro Social demostraron estar más conscientes o más dispuestas a admitir lo que saben y lo que no saben que los otros dos grupos. Esto se deduce al comparar los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario con las respuestas proporcionadas por las pacientes en el apartado número 4 de la encuesta: en el grupo del Seguro Social hubo coincidencia en 7 de los 8 términos que resultaron más difíciles para las mujeres de definir, contra 5 de 11 en el sanatorio familiar y 3 de 7 en el hospital privado.

En cuanto a la relación entre la edad de la mujer y su conocimiento del léxico ginecológico, los resultados fueron variables. En términos generales, es posible afirmar que la edad, por sí sola, no constituye una variable determinante en el conocimiento y uso de la terminología médica. En el hospital privado, las mujeres en el rango comprendido entre los 20 y los 29 años con licenciatura obtuvieron un puntaje más elevado que las que sólo poseían grado de preparatoria, pero menor que las comprendidas entre los 40 y los 49 años que tienen maestría. En el grupo del sanatorio familiar, el grupo que obtuvo un puntaje más alto fue, nuevamente, el de las mujeres entre los 40 y los 49 años con maestría. En el tercer y último grupo, las mujeres de 30 a 39 años con licenciatura superaron a las que sólo alcanzaron a terminar la secundaria y la preparatoria y a las que tenían licenciatura pero estaban comprendidas entre los 40 y los 49 años. Es decir, que son las mujeres más maduras y con un nivel escolar más elevado las que demuestran mayor conocimiento del vocabulario ginecológico.

Al intentar decidir si existían diferencias entre el conocimiento léxico de la mujer en el ámbito pediátrico en comparación con el ámbito ginecológico, también se encontraron variaciones. En lo que se refiere al puntaje promedio por palabra y por encuesta, las mujeres del sanatorio familiar obtuvieron mejores resultados que los otros dos grupos; y las del Seguro Social superaron, a su vez, a las del hospital privado. Sin embargo, al comparar el grado de dificultad que las participantes le asignaron a los términos pediátricos en el apartado 4 de la encuesta con los resultados de la Escala de Conocimiento de Vocabulario, se corroboró que las mujeres del hospital privado poseen mayor capacidad para definir términos y para reconocer cuáles son los que les cuesta más definir.

En el campo semántico ginecológico, sí comprobé una mayor competencia sociolingüística por parte del grupo de mujeres del hospital privado en comparación con los otros dos grupos. Estas mujeres fueron capaces de definir más términos, de manera más precisa y con una mayor riqueza de vocabulario. Las respuestas a las encuestas del campo semántico pediátrico no revelaron gran diferencia con respecto a la competencia sociolingüística de las mujeres en cada una de las tres redes sociales. Este hecho en sí me permite confirmar que existen diferencias en el desempeño verbal de la mujer según el campo semántico. Como lo resalté anteriormente, en estas encuestas las mujeres se desarrollaron mejor y mostraron mayor apertura al definir *prepuccio* utilizando palabras como *pene*, *glande del pene*, *cabeza del pene* en un porcentaje más alto; mientras que en las encuestas ginecológicas dejaron sin definir palabras como *vagina*,

histerectomía, y *frigidez*, términos de alta frecuencia durante la consulta ginecológica pero, que por las razones antes mencionadas, las mujeres decidieron evitar.

Las encuestas aplicadas a pediatras y ginecólogos me permitieron concluir que los médicos sí perciben las diferencias en el conocimiento del léxico por parte de sus pacientes. Los médicos señalaron que algunos indicadores de estas diferencias son: las preguntas de las pacientes o la ausencia de preguntas, las solicitudes de explicación a un tema ya expuesto, y el asombro o la gestualidad de los pacientes y/o sus acompañantes, entre otros (mismas características que las participantes señalaron en sus encuestas al preguntarles cómo comprobaban si su médico les entendía). El problema, entonces, surge al momento de actuar ante estas diferencias. Algunas de las respuestas de los médicos parecen indicar que su postura frente a las diferencias en la competencia sociolingüística de las pacientes es un tanto pasiva, sobre todo en el caso del grupo de médicos del hospital privado y del Seguro Social. En el primer caso, los médicos se limitan a emular a sus pacientes profesionistas aún cuando éstas últimas no cuenten con el conocimiento y/o el manejo del vocabulario ginecológico y pediátrico necesario para seguir las indicaciones del especialistas ni para tomar decisiones cuando la situación así lo requiera. Street Jr afirma que existen pruebas de que el médico varía en su tiempo y en la información que provee dependiendo del nivel sociocultural de la paciente, lo cual se confirma en las encuestas aplicadas a los médicos como parte de este trabajo de investigación (1991: 143). El mismo autor afirma que a menudo se detectan discrepancias entre lo que el médico piensa sobre su comunicación con el paciente y lo que el paciente percibe al respecto. Hay médicos que creen utilizar un lenguaje simple y médicos que subestiman el nivel de comprensión de sus pacientes (1991: 146). Estas mismas diferencias se pueden apreciar entre las pacientes que afirman que le entienden a su médico pero que, al final de la encuesta, sugieren que el médico use un lenguaje más sencillo y claro.

En el caso del Seguro Social, las restricciones de tiempo de la institución así como el conocimiento y manejo limitado de algunas pacientes hacen de la consulta un intercambio un tanto mecánico, no reflexivo, en el que a menudo no se considera un ajuste en el lenguaje o un enfoque más humano hacia las mujeres. Los pediatras del sanatorio familiar, sin embargo, se muestran más empáticos ante las diferencias de comprensión de sus pacientes. Concluyo que esta actitud por parte de los pediatras influyó en el hecho de que, en este campo semántico, el grupo de mujeres del sanatorio familiar obtuviera el puntaje más elevado tanto por palabra como por encuesta. Además se trata de una red densa con lazos múltiples en el que las mujeres suelen

coincidir en la sala de espera del pediatra. Muchas de ellas se conocen de vista debido a que el horario de consulta tampoco es tan amplio. Algunas, inclusive, están emparentadas con las enfermeras y/o las recepcionistas de ambos turnos. Otras son hijas o nueras de pacientes que solían ir con el mismo pediatra. Y también hay algunas que viven en la zona.

Considero que a través de esta investigación logré aportar datos tendientes a comprobar que las mujeres de distintas redes sociales manejan el léxico médico de determinadas áreas de forma diferente. Resulta evidente que dentro de los tres grupos, hay temas y palabras que se deben tratar sutilmente o que, definitivamente, se deben evitar. Estas restricciones en el desenvolvimiento verbal de la mujer pueden resultar contraproducentes, sobre todo si les impide comunicarse de manera eficiente con su médico. En el caso de la consulta ginecológica en particular, la paciente debe actuar de manera responsable, ya que el éxito o el fracaso del tratamiento dependen, en gran parte, de su competencia sociolingüística.

El rol de la comunicación en el contexto de la consulta médica ha adquirido una posición de mayor relevancia debido a dos razones principales: en primer lugar, el intercambio entre el médico y su paciente sigue siendo de vital importancia en el proceso de integrar el diagnóstico, sin que las nuevas tecnologías científicas hayan logrado debilitar, aún parcialmente, esta fuente de información. En segundo lugar, la calidad de la comunicación entre el doctor y su paciente sigue influyendo y alimentando el componente afectivo y, por ende, el resultado de la consulta. El uso de herramientas sociolingüísticas para evaluar la comunicación en contextos médicos se ha incrementado a tal punto que tanto clínicas como hospitales en los Estados Unidos recurren a encuestas para evaluar el comportamiento de los médicos recién egresados y para dar énfasis al trato que se le proporciona al paciente (Street Jr., 1991: 131).

No parecen existir indicadores de que la posición de la mujer frente al médico y a su propia salud dé un giro de manera 'natural' e irreflexiva. Cameron (1997:) afirma que los cambios que han favorecido un lenguaje menos sexista y más igualitario, no se dieron de manera espontánea como algunos sociolingüistas han preferido creer. Estos cambios son el resultado del esfuerzo intencional tanto individual como colectivo de mujeres de todo el mundo. Asimismo, se debe concientizar a la población femenina sobre las restricciones que las mismas mujeres han impuesto sobre su conducta verbal además de las que han decidido seguir por considerarlas parte de los límites impuestos por el grupo sociocultural y el género al que pertenecen. Si el lenguaje existe para servir a la sociedad, éste debe servirle a la mujer para desarrollar y

enriquecer su competencia sociolingüística y, de este modo, asumir un papel protagónico en cuanto a su cuerpo y a su salud.

Este trabajo de investigación deja la puerta abierta para que se implementen medidas de información a nivel público y privado que le permitan a las pacientes ginecológicas, en particular, el acceso a material de lectura en forma de folletos explicativos así como de glosarios, esquemas, y videos que se exhiban en las salas de espera. Herramientas de este tipo fortalecerían el conocimiento de la mujer y beneficiarían el intercambio con el médico a través de una relación más simétrica entre ambos.

Bibliografía

- Austin, J. L. (1962). *Palabras y acciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Ávila, R. (1999). *Estudios de semántica social*. México DF: El Colegio de México.
- Brown, P. (1998). "How and why are women more polite: some evidence from a Mayan community". En J. Coates (ed.), *Language and Gender: A Reader* (pp. 81-99). Oxford: Blackwell Publishing.
- Brown, P. & S. Levinson. (1987). *Politeness. Some universals in language usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Buxó Rey, M.J. (1991). *Antropología de la mujer. Cognición, lengua e ideología cultural*. Barcelona: Anthropos.
- Campbell, R. & R. Wales. (1970). "The study of language acquisition". En J. Lyons (ed.), *New horizons in linguistics* (pp. 242-260). Middlesex: Penguin.
- Canale, M. & M. Swain. (1980). "Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing", *Applied Linguistics* 1: 1-47.
- Canale, M. (1983). "From Communicative Competence to Communicative Language Pedagogy". En J. Richards & R. Schmidh (eds.), *Language and Communication* (pp. 2-27). London: Longman
- Candlin, C. (2002). (Ed.). *Research and Practice in Professional Discourse*. Hong Kong: City University of Hong Kong Press.
- Cazden, C.B. (1966). *Subcultural Differences in Child Language: An Interdisciplinary Review*. Merrill-Palmer, vol. 12, pp. 185-218.
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge: MIT Press.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Coates, J. (1996). *Women Talk*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Coulthard, M. & M. Ashby. (1975). "Talking to the doctor, 1". En *Journal of Communication* 25:140-52.
- Coupland, N. & A. Jaworski. (1997). "Relevance, accommodation and conversation: Modeling the social dimension of communication". En *Multilingua* 16 (2-3), pp. 233-258.
- Dik, S.C. (1997). *The theory of functional grammar. Part 1: The structure of the clause*. Berlín: Mouton de Gruyter.
- Deuchar, M. (1988). "A pragmatic account of women's use of standard speech." En J. Coates and D. Cameron (eds) *Women in their Speech Communities: New Perspectives on Language and Sex*. London: Longman 27-32.
- Escandell-Vidal, V. (1993). *Introducción a la Pragmática*. Barcelona: Anthropos.
- Escandell-Vidal, V. (2002). "Cortesía y Relevancia". En *Diálogos Hispánicos* N°22, La pragmática lingüística del español: recientes desarrollos, H. Haverkate et al. (Eds.). Amsterdam: Ed. Rodopi.

- Firth, J.R. (1935). "The Technique of Semantics", *Transactions of the Philological Society*. Reimpreso en Firth, J.R. *Papers in Linguistics 1934-1935*. London: Oxford University Press.
- Fisher, S. (1984). "Institutional authority and the structure of discourse". *Discourse Processes* 7: 201-24.
- Fisher, S. (1998). "Doctor talk/Patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor-patient communication." En D. Oaks (ed.), *Linguistics at work*. A reader of applications (pp. 99-121). London: Hartcourt Brace.
- Frankel, R. (1984). "From sentence to sequence: Understanding the medical encounter through microinteractional analysis." *Discourse Processes* 7: 135-70.
- García-Eroles, L. et al. (2001). "Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método". *Calidad Asistencial* 16: 107-116.
Recuperado de <http://www.iasist.com/files/clasificaciondehospitales.pdf>.
- Goddard, A. & Patterson, L. (2000). *Language and Gender*. Cornwall: T.J. International Ltd.
- Goffman, E. (1963). *Behavior in Public Places: Notes on the Organization of Gatherings*. Glencoe, Ill. : The Free Press of Glencoe.
- Goffman, E. (1967). *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. Garden City, N.Y.: Doubleday & Company, Anchor Books.
- Grice, H.P. (1975). "Logic and conversation." En P. Cole y J.L. Morgan (eds) *Syntax and Semantics*, vol. 3: *Speech Acts*, New York: Academic Press, pp. 41-58.
- Gumperz, J & D. Hymes (eds.) (1972). *The Ethnography of Communication*. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc.
- Halliday, M. (1970). "Language structure and language function", en J. Lyons (ed.), *New horizons in linguistics* (pp. 140-165). Middlesex: Penguin.
- Halliday, M. (1973). *Explorations in the functions of language*. London: Edward Arnold.
- Halliday, M. (1975). *Learning How to Mean*. Explorations in the Development of Language. London: Edward Arnold.
- Halliday, M. (1978). *El lenguaje como semiótica social: La interpretación social del lenguaje y del significado*. London: Edward Arnold.
- Harley, B. (1996). "Introduction: Vocabulary learning and teaching in a Second Language". En *The Canadian Modern Language Review*, 53,1, pp. 3-12.
- Holmes, J. (1995). *Women, Men and Politeness*. New York: Longman Publishing.
- Hymes, D. (1962). "The Ethnography of Speaking", en T. Gladwin & W. Sturtevant (eds.), *Anthropology and Human Behavior*, pp. 15-53. Washington D.C.: Anthropological Society of Washington.
- Hymes, D. (1972). "On communicative competence". En J.B. Pride y J. Holmes (ed.), *Sociolinguistics*. Harmondsworth, England: Penguin Books.

- Lakoff, R. (1975,1989) *Language and Woman's Place*. New York: Harper and Row.
- Lavob, W & D. Fanshel. (1977). *Therapeutic discourse: Psy as conversation*. New York: Academic Press.
- Leech, G. (1983). *Principles of Pragmatics*. New York: Longman Inc.
- Malinowski, B. (1923). "The Problem of Meaning in Primitive Languages", Supplement I to Ogden, C.K. and Richards, I.A., *The Meaning of Meaning*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Malinowski, B. (1935). *Coral gardens and their magic*, Vol. 2. London: Allen and Unwin.
- Marconi, D. (2000). *La competencia léxica*. Madrid: Antonio Machado Libros.
- Martín Butragueño, P. (1999). Prefacio. En R. Ávila *Estudios de Semántica Social*. México D.F.: El Colegio de México.
- Milroy, L. (1987). *Language and social networks*. Oxford: Basil Blackwell.
- Moreno, F. (1990). *Metodología Sociolingüística*. Madrid: Ed. Gredos.
- Munby, J. (1981). *Communicative Syllabus Design. A sociolinguistic model for defining the content of purpose-specific language programmes*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Paribakht, t. & Wesche, M. (1993) Vocabulary enhancement activities and reading for meaning in second language vocabulary acquisition. Paper presented at the 10th. World Congress of Applied Linguistics (AILA), Amsterdam. Revised version in J. Coady & T. Huckin (Eds.), *Second language vocabulary acquisition: A rationale for pedagogy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Romaine, S. (1980) "A critical overview of the methodology of Urban British Sociolingüistics", *English World Wide*, 1, 2 p. 195.
- Ranney, S. (1992). "Learning a new script: An exploration of sociolinguistic competence." *Applied Linguistics*, 13(1), pp. 25-50.
- Renkema, J. (1993). *Discourse studies: an introductory textbook*. Philadelphia: John Benjamins.
- Savignon, S. (1983). *Communicative Competence: theory and classroom practice*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Saville-Troike, M. (1982). *The Ethnography of Communication*. Oxford: Basil Blackwell.
- Searle, J. (1969). *Actos de habla*. Madrid: Cátedra.
- Silva-Corvalán, C. (2001). *Sociolingüística y pragmática del español*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- Spender, D. (1980). *Man Made Language*. London: Pandora.

- Street, Jr., R. (1991). "Accommodation in medical consultations". En H. Giles, J. Coupland & N. Coupland (eds.), *Contexts of Accommodation. Developments in Applied Sociolinguistics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tannen, D. (1990). *You just don't understand. Women and Men in Conversation*. New York: Ballantine Books
- Tannen, D. (1996). *Gender and discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Ten-Have, P. (1991). "Talk and Institution: A reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction". En *Talk and Social Structure: Studies of Ethnomethodology and Conversation Analysis*, D. Boden and D.H. Zimmerman (eds.), 138-163. Cambridge: Polity Press.
- Terborg, R. (2004). "The usefulness of the concept of competence in explaining language shift." En *Linguistik Online* 7, 3/00, pp. 1-17.
- Trudgill, P. (1974). *The social differentiation of English in Norwich*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Waitzkin, H. & B. Waterman. (1974). *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Wesche, M & S. Paribakht. (1996). "Assessing Second Language Vocabulary Knowledge". En *The Canadian Modern Language Review*, Vol.53, 1, pp. 13-40.
- Wynn, R. (1996). "Medical students, doctors_ Is there a difference?". En *Text* 16(3), pp. 423-448.
- Zuocheng, Z. & Wei, S. (2002). "Enquiry into Inquiry: A Study of Chinese Medical Consultation." En *Research and Practice in Professional Discourse*, C. Candlin (ed.), pp. 333-359. Hong Kong: City University of Hong Kong Press.

Índice de tablas

Tabla 1	Campo semántico ginecológico.....	51
Tabla 2	Campo semántico pediátrico	51
Tabla 3	Escala de Conocimiento de Vocabulario, adaptada de <i>Wesche y Paribakht</i>	53
Tabla 4	Relación entre categorías, posible puntaje y significado del puntaje, adaptada de <i>Wesche y Paribakht</i>	54
Tabla 5	Edad y escolaridad de las informantes, hospital de primer nivel.....	55
Tabla 6	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, hospital de primer nivel	55
Tabla 7	Grado de dificultad de términos ginecológicos en porcentaje, hospital de primer nivel.....	57
Tabla 8	Edad y escolaridad de las informantes, sanatorio familiar.....	60
Tabla 9	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, sanatorio familiar.....	61
Tabla 10	Grado de dificultad de términos ginecológicos en porcentaje, sanatorio familiar.....	62
Tabla 11	Edad y escolaridad de las informantes, hospital del Seguro Social.....	65
Tabla 12	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, hospital del Seguro Social.....	65
Tabla 13	Grado de dificultad de términos ginecológicos en porcentaje, hospital del Seguro Social	66
Tabla 14	Edad y escolaridad de las informantes, hospital de primer nivel	73
Tabla 15	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, hospital de primer nivel	73
Tabla 16	Grado de dificultad de términos pediátricos en porcentaje, hospital de primer nivel	75
Tabla 17	Edad y escolaridad de las informantes, sanatorio familiar	77
Tabla 18	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, sanatorio familiar	78
Tabla 19	Grado de dificultad de términos pediátricos en porcentaje, sanatorio familiar	79
Tabla 20	Edad y escolaridad de las informantes, hospital del Seguro Social	82
Tabla 21	Número de encuestas en las que no se contestó una pregunta en particular, hospital del Seguro Social	83
Tabla 22	Grado de dificultad de términos pediátricos en porcentaje, hospital del Seguro Social	84
Tabla 23	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, hospital de primer nivel	91
Tabla 24	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, hospital de primer nivel	92
Tabla 25	Grado de dificultad de términos ginecológicos, hospital de primer nivel.....	92
Tabla 26	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, sanatorio familiar.....	94
Tabla 27	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, sanatorio familiar	94
Tabla 28	Grado de dificultad de términos ginecológicos, sanatorio familiar.....	95
Tabla 29	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, hospital del Seguro Social	96
Tabla 30	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, hospital del Seguro Social	96

Tabla 31	Grado de dificultad de términos pediátricos, hospital del Seguro Social	97
Tabla 32	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, hospital de primer nivel.....	100
Tabla 33	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, hospital de primer nivel	100
Tabla 34	Grado de dificultad de términos pediátricos, hospital de primer nivel.....	101
Tabla 35	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, sanatorio familiar	102
Tabla 36	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, sanatorio familiar	103
Tabla 37	Grado de dificultad de términos pediátricos, sanatorio familiar	103
Tabla 38	Puntaje promedio por palabra y por encuesta, hospital del Seguro Social	104
Tabla 39	Puntaje promedio por edad y por nivel escolar alcanzado, hospital del Seguro Social	105
Tabla 40	Grado de dificultad de términos pediátricos, hospital del Seguro Social	105
Tabla 41	Comparación del promedio por palabra y por encuesta entre los tres contextos médicos	109
Tabla 42	Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del hospital privado	109
Tabla 43	Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del sanatorio familiar	110
Tabla 44	Grado de dificultad de términos ginecológicos en la red del hospital del Seguro Social	110
Tabla 45	Combinación de los términos ginecológicos de mayor dificultad en las tres redes sociales	111
Tabla 46	Puntaje promedio por palabra y por encuesta en las tres redes sociales	114
Tabla 47	Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del hospital privado	115
Tabla 48	Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del sanatorio familiar	115
Tabla 49	Grado de dificultad de términos pediátricos en la red del hospital del Seguro Social	116
Tabla 50	Combinación de los términos pediátricos de mayor dificultad en las tres redes sociales	116
Tabla 51	Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos dentro de la red del hospital privado	117
Tabla 52	Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos dentro de la red del sanatorio familiar	117
Tabla 53	Puntaje promedio por palabra y por encuesta en ambos campos semánticos dentro de la red del hospital del Seguro Social	118
Tabla 54	Combinación de los términos más difíciles según ginecólogos y pacientes	119
Tabla 55	Combinación de los términos más difíciles según pediatras y pacientes	120

Índice de gráficas

Grafica 1 Comparación del nivel escolar de las informantes en los tres contextos de atención médica	70
Grafica 2 Comparación de los rangos de edad de las informantes en los tres contextos de atención médica	71
Grafica 3 Comparación de las preguntas que quedaron sin contestar en los tres contextos de atención médica.....	72
Grafica 4 Comparación de los términos que las informantes calificaron como más difíciles en los tres contextos de atención médica.....	72
Grafica 5 Comparación del nivel escolar de las informantes en los tres contextos de atención médica	88
Grafica 6 Comparación de los rangos de edad de las informantes en los tres contextos de atención médica	88
Grafica 7 Comparación de las preguntas que quedaron sin contestar en los tres contextos de atención médica.....	89
Grafica 8 Comparación de los términos que las informantes calificaron como más difíciles en los tres contextos de atención médica.....	89
Gráfica 9 Comparación de los promedios por palabra y por encuesta en los tres contextos médicos	98
Gráfica 10 Términos de mayor dificultad en los tres contextos médicos	98
Gráfica 11 Comparación de los promedios por palabra y por encuesta en los tres contextos médicos.....	106
Gráfica 12 Términos de mayor dificultad en los tres contextos médicos	107
Gráfica 13 Preguntas sin contestar en los tres contextos médicos, ginecología y pediatría	113

Anexos

A. Encuesta Pacientes Ginecología

Nombre (opcional) _____
Edad _____
Escolaridad (nivel alcanzado) primaria () secundaria () preparatoria ()
licenciatura () maestría () postgrado ()
Carrera (especificar) _____
Visita usted a este ginecólogo por elección propia _____
o por recomendación de algún seguro médico _____
o le fue asignado _____
Gineco

Como mujer usted sabe la importancia que tiene conocer nuestro cuerpo y cuidar nuestra salud. Estoy llevando a cabo una investigación sobre las palabras que más nos cuesta a las mujeres entender o usar durante la consulta ginecológica. Por lo tanto, es muy importante que conteste las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara posible, teniendo la seguridad de que su médico no leerá sus respuestas. De antemano agradezco su valiosa colaboración.

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su médico?

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta ginecológica que más trabajo le cuesta comprender?

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su ginecólogo? ¿Le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?

4. Califique del 1 al 5 las palabras que aparecen a continuación de acuerdo al grado de dificultad que, en su opinión, éstas presentan (5=muy difícil y 1=muy fácil)

biopsia ----	ovarios ----	anticonceptivos ---
cesárea ----	útero ----	hemorragia ----
condón ----	vagina ----	histerectomía ----
cólicos ----	cáncer de mama ----	infertilidad ----
matriz ----	cáncer cervicouterino ----	legrado ----
senos ----	endometrio ----	mioma ----
ritmo ----	tumor ----	vasectomía ----
menopausia ----	frigidez ----	

B. Encuesta Pacientes Pediatría

Nombre (opcional) _____

Edad _____

Escolaridad (nivel alcanzado) primaria () secundaria () preparatoria ()

licenciatura () maestría () postgrado ()

Carrera (especificar) _____

Visita usted a este pediatra por elección propia _____

o por recomendación de algún seguro médico _____

o le fue asignado _____

Pediatría

Como mamá usted sabe lo importante que es la salud de un hijo.

Estoy llevando a cabo una investigación sobre las palabras que más nos cuesta a las mujeres entender o usar durante la consulta pediátrica. Por lo tanto, es muy importante que conteste las preguntas que aparecen a continuación de la manera más clara posible, teniendo la seguridad de que ni su médico ni otras personas leerán sus respuestas. De antemano agradezco su valiosa colaboración.

1. ¿Cuánto tiempo dura aproximadamente la consulta con su médico?

2. En general, ¿cuáles son las explicaciones dentro de la consulta pediátrica que más trabajo le cuesta comprender?

3. ¿Qué hace usted cuando no le entiende a su pediatra? ¿Le pregunta a él, a una amiga, a la enfermera o a otro doctor? ¿Por qué?

4. Califique del 1 al 5 las palabras que aparecen a continuación de acuerdo al grado de dificultad que, en su opinión, éstas presentan (5=muy difícil y 1=muy fácil)

adenoides ----

cólicos ----

diarrea ----

expectorar ----

fiebre ----

flema ----

regurgitar ----

salpullido ----

tos ----

virus ----

prepucio ----

constipación ----

antibiótico ----

inhaloterapia ----

suero oral ----

vacuna ----

luxación de cadera ----

sinusitis ----

deshidratación ----

erupción ----

C. Encuesta

Ginecólogos

Nombre	_____		
Edad	_____		
Especialidad(es)	_____		
Lugar de trabajo	_____	Años de antigüedad	_____
Lugar de trabajo	_____	Años de antigüedad	_____

1. Indique, en promedio, cuántas pacientes atiende usted al día.

2. ¿Cuánto dura cada consulta aproximadamente?

3. Basándose en su experiencia, ¿cuál cree usted que sea el principal problema de comunicación con sus pacientes?

4. Como doctor tiene usted la posibilidad de observar cuándo persona no le está entendiendo.

Explique, lo más detalladamente posible, qué rasgos le indican fallas inminentes en la comunicación.

5. Califique del 1-5 (1=fácil, 5=muy difícil) las palabras que aparecen a continuación de acuerdo al grado de dificultad que, en su opinión, éstas presentan.

biopsia	___	anticonceptivos	___
cesárea	___	hemorragia	___
condón	___	histerectomía	___
cólicos	___	infertilidad	___
matriz	___	legrado	___
senos	___	mioma	___

ovarios	___	ritmo	___
útero	___	tumor	___
vagina	___	vasectomía	___
cáncer de mama	___	menopausia	
cáncer cervicouterino	___	frigidez	
endometrio	___		

6. En su opinión, ¿cuáles son las palabras dentro de su especialidad que toda mujer comprende? (5 ejemplos)

7. ¿Cuáles son las palabras dentro de su especialidad que toda mujer debería comprender? (5 ejemplos)

8. ¿Cuenta usted con algún método o métodos de apoyo en la explicación de un padecimiento o tratamiento?

esquemas -----

láminas -----

folletos -----

otros (mencione cuáles)

9. ¿Opina usted que la comunicación con sus pacientes varía según el nivel de escolaridad, educación, nivel sociocultural y/o la edad? ¿De qué manera?

¡Gracias por su valiosa cooperación!

D. Encuesta Pediatras

Nombre

Edad

Especialidad(es)

Lugar de trabajo

Lugar de trabajo

1. Indique, en promedio, cuántos niños atiende usted al día.

2. ¿Cuánto dura cada consulta aproximadamente?

3. Basándose en su experiencia, ¿cuál cree usted que sea el principal problema de comunicación con los adultos que acompañan a sus pacientes?

4. Como doctor tiene usted la posibilidad de observar cuándo una mamá u otra persona no le está entendiendo. Explique, lo más detalladamente posible, qué rasgos le indican fallas inminentes en la comunicación.

5. Califique del 1-5 (1=fácil, 5=muy difícil) las palabras que aparecen a continuación de acuerdo al grado de dificultad que, en su opinión, éstas presentan.

adenoides ___

cólicos ___

constipación ___

fiebre ___

flema ___

regurgitar ___

salpullido ___

prepucio ___

diarrea ___

expectorar ___

inhaloterapia ___

suero oral ___

vacuna ___

luxación de cadera ___

tos _____
antibiótico _____

sinusitis _____
deshidratación _____

6. En su opinión, ¿cuáles son las palabras dentro de su especialidad que todo padre comprende?
(5 ejemplos)

7. ¿Cuáles son las palabras dentro de su especialidad que todo padre debería comprender? (5 ejemplos)

8. ¿Cuenta usted con algún método o métodos de apoyo en la explicación de un padecimiento o tratamiento?

esquemas -----
láminas -----
folletos -----
otros (mencione cuáles)

9. ¿Opina usted que la comunicación con los padres de sus pacientes varía según el nivel de escolaridad, educación, nivel sociocultural y/o la edad? ¿De qué manera?

¡Gracias por su valiosa cooperación!