

Alan Pérez Barajas¹
y María Guadalupe Velasco Fuentes²
UNAM–UCOL.
actante78@uocol.mx; gdlpvelasco@gmail.com

Estrategias discursivas en la interacción lingüística médico–paciente y médico–médico: aproximaciones desde la cortesía y la teoría de la valoración

76 { texturas 16

Resumen

Mediante la presente comunicación pretendemos reflexionar acerca de las estrategias de interacción lingüística entre médicos y pacientes y las que solo se dan entre médicos donde categorías pragmático–discursivas como la cortesía, el posicionamiento del hablante y el involucramiento en las escenas verbalizadas que subyacen en el acto de consulta médica, emergen en un marco conversacional que permite examinar, desde la sociolingüística aplicada al análisis del discurso, el nivel de compromiso, gradación y actitud, como parte de un ejercicio valorativo desde la teoría de acomodación lingüística y la valoración propuestas por Martin y White, 2005; Levinson, 1987; Schilling–Estes, 2008 y Giles, Coupland, & Coupland (1991). En concreto, esta aportación pretende evidenciar no solo las distintas estrategias discursivas empleadas por unos y otros sino detectar y explicar las características que, desde un ejercicio lingüístico, los profesionales de la sociolingüística podemos ofrecer a los interesados en el acto mismo de consulta médica y sus implicaciones sociodiscursivas.

Palabras clave

{ estrategias discursivas, relaciones médico–pacientes
y médico–médico; cortesía, involucramiento conceptual;
actos valorativos; contracción dialógica y compromiso }

Abstract

This study intends to reflect upon linguistic interaction strategies between doctors and patients, and the ones only presented between doctors, where pragmatic–discursive categories (such as courtesy), the speaker’s positioning, and the engagement on verbal scenes that underlie in the medical consultation, are emerging from a conversational framework, that allows to analyze, from Sociolinguistics applied to discourse analysis, the level of commitment, gradation, and attitude, as part of a evaluative exercise from the Linguistic Accommodation Theory and Appraisal proposed by Martin & White (2005), Levinson (1987); Schelling–Estes (2008), and Giles, Coupland & Coupland (1991). In particular, the aim of this contribution is to highlight not just the variety of discursive strategies used by some, but also to identify and explain the characteristics that we, as sociolinguistic professionals in a linguistic exercise, can offer to the ones interested on the same act of medical consultation and its sociodiscursive implications.

Key words

{ discursive strategies, doctor–patient and doctor–doctor communication; courtesy, conceptual involvement; evaluative acts; dialogic contraction, engagement }

77 {texturas 16

Introducción

El presente estudio propone evidenciar, a partir de un corpus de entrevistas clínicas, las estrategias de cortesía verbal y la modalidad del discurso que arrojan las relaciones discursivas entre médicos y pacientes por una parte y por otra, las que se dan entre médicos en formación. El análisis que hacemos en esta contribución se enmarca —en un sentido general— en la teoría de la pragmática y el análisis de fragmentos discursivos y —de forma particular— la modalidad discursiva y formas de cortesía facilitadoras de las relaciones sociales y la expresión de lejanía o cercanía entre participantes (médicos y pacientes) (Brown y Levinson, 1987). Consideramos innovador el análisis, en función de la generosa posibilidad de interpretación de la Teoría de la Valoración (Martin y White, 2005) donde precisamente es mediante el discurso interactivo y sincrónico que se establece un orden entre jerarquías sociales, con ayuda de diversas estrategias y repertorio léxico–discursivo. Lo anterior es primordial debido a las diversas distancias que hay entre los participantes a partir de factores como edad, sexo, grado de construcción, posición social, jerarquía, etc. (Escandell, 2005) y que sin ser nuestro objetivo el de mostrar relación entre factores, sí es el de considerarlos como marco general de análisis desde la sociolingüística aplicada a los proceso de comunicación y entrevistas en la vida cotidiana (Cfr. Schilling–Estes, 2008).

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

El tratamiento discursivo que reciben los oyentes por parte de los hablantes depende de los juicios que éstos últimos realizan,³ los hablantes juzgan —valorativamente— a los interlocutores basándose en la apreciación que sienten por ellos y su comportamiento, reacciones emocionales y sentimientos. Esto nos lleva a pensar en las estrechas relaciones discursivo–conversacionales entre la cortesía y la modalidad de los enunciados emitidos en una interacción en una consulta médica, donde el entrevistador es un profesional del área de la salud y el entrevistado un paciente común que espera indicaciones y prescripciones de expertos de la salud.

Desde la sociolingüística aplicada y los procesos de acomodación lingüística propuestos por Giles, Coupland, & Coupland (1991), consideramos que este «discurso de la atención y tratamiento médico» es el utilizado por médicos en escenarios naturales de consulta y diagnóstico. Este discurso está permeado de procesos o estrategias de acomodación lingüística y se observa en la interacción entre paciente y médico. A este tipo de relación discursiva la delimitaremos desde el momento en que el paciente acude con su médico por ayuda hasta que la recibe y se resuelve su problema. En este tipo de interacciones y de turnos de la entrevista, control que lleva a cabo a través de tres funciones o voces del discurso: la voz médica, para elicitar la información, sobre y de parte de la o el paciente, que le permitirá diagnosticar su estado de salud y proponer el tratamiento respectivo; la voz educativa, para explicar el diagnóstico y el tratamiento a seguir; y la voz empática (estas categorías pertenecen a Cepeda, 2006), para apoyar —o no— las otras dos voces, médica y educativa, en el logro de la participación de la paciente en la entrega de la información, su atención, acercamiento, comprensión al explicar el diagnóstico y su convencimiento para que realice el tratamiento sugerido.

78 {texturas 16

Planteamiento del objeto de estudio

El estudio discursivo basado en conversaciones entre médicos y pacientes es uno de los campos más fructíferos para el estudio de la acomodación, los procesos de contracción y posicionamiento dialógico y la alternancia de turno. En tal sentido, por ejemplo, Cepeda (2006) precisa que el médico tiene el poder en la entrevista (la obtención de información en las consultas médicas) y controla el contenido temático y de turnos de la entrevista. Además establece que el profesional se ayuda de tres voces para controlar la situación: voz médica, educativa y empática.

Las tres «voces» anteriores son necesarias para el desarrollo de la consulta médica, se podría decir que son las actitudes que toma el médico con sus pacientes en diferentes momentos para conseguir diferentes objetivos, como lo son: obtener información acerca de su condición de salud, instruirlo con los conocimientos que ha obtenido durante su formación académica con la finalidad de que siga un tratamiento y por último, mostrar empatía (Cordella, 2002).

Por su parte, el paciente, en respuesta a determinada voz por parte del médico, puede verbalizar la voz informativa esperada por el médico; y, en respuesta a la voz

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

educativo—empática del profesional de la salud, asume la voz de acuerdo o desacuerdo, depende de su posición conceptual como sujeto de la escena conceptual. La voz informativa del paciente, en su intención de pretensión de validez, usa predominantemente un modo verbal preferido (indicativo) para informar y narrar los hechos como los ha experimentado determinado malestar; en su intención argumentativa, de expresión evaluativa de su situación intrafamiliar y de sus expectativas futuras de cambio, aparece el uso contrastivo del modo subjuntivo, de expresión de hechos deseables, posibles o necesarios desde el punto de vista del «yo» hablante, lo anterior como un refuerzo de su imagen menguada, pero con rasgos de atenuación por cortesía negativa en su relación interactiva con la profesional de la salud. (Cfr. Cepeda, 2005).

Por su parte, las voces empleadas por el personal médico cumplen casi exclusivamente con una voz informativa—relacional donde la comunicación está permeada por una contracción dialógica de los sujetos o posicionamiento discursivo entre iguales. Se trata de actos declarativos donde juicios y acomodación están dados a partir de la lengua especializada y fórmulas directas («¿Qué hacemos? ¿Te lo doy tomado o inyectado?», «Así le hacemos entonces...», «Entonces, me comentas que no habías tenido antes infeccioncitas urinarias»), por lo que sus funciones argumentativas y reformuladoras los involucran (a los médicos) en la negociación del acuerdo y el desacuerdo entre los interlocutores atendidos (pacientes) (Coupland, J; Coupland & Grainger, 1991).

Las estrategias discursivas de cortesía elegidas por los hablantes dependerán, según se puede observar más abajo en este trabajo, de factores sociales específicos tal como lo veremos en el análisis de los resultados. En el caso de los médicos, estas elecciones se ven modificadas cuando se trata de interactuar con pacientes relacionados, o no, con el ejercicio de la medicina como actividad profesional de la salud. A su vez, se podría decir que dichas elecciones dependen de los actos valorativos de su discurso.

Los resultados que aquí presentamos partieron de la siguiente hipótesis: ¿El nivel de instrucción, membresía o nivel sociocultural indexicalizado por el paciente —también llamado *matchedguise*—⁴ determina o condiciona el tratamiento discursivo en médico—paciente y médico—médico?

Metodología y corpus

El corpus de análisis sobre el que descansa el análisis y resultados de este trabajo se basa en 12 entrevistas clínicas de tres a quince minutos de duración aproximada, grabadas en consultorios de atención privada y realizadas por profesionales de la salud (médicos generales de consulta familiar) a un hombre y dos mujeres del estado de Colima, México, capital del mismo nombre. El proceso de elicitación duró aproximadamente dos semanas y se hizo con equidad en la cuota de municipios urbanos y rurales. Por las características de esta investigación, no se recogieron conversaciones «naturales», sino consultas médicas; sin embargo, consideradas conversaciones semidirigidas, pues los pacientes (que en este caso son colaboradores en el estudio)

portaron el instrumento de grabación. En el caso de los médicos que participaron, se contó con 4 representantes del sistema de salud pública, quienes voluntariamente también portaron instrumentos de grabación al momento de realizar la consulta a sus colegas. Importante es mencionar que se otorgó de consentimiento informado de ambas partes antes de iniciar cada consulta.

Respecto del formato de transcripción se hizo en formato digital con formato ortográfico *verbatim* en formato vertical con puntuación convencional. La estrategia general de análisis radicó en la unidad mínima de sentido discursivo. Los lugares apropiados para transitar (LAT) se pueden reconocer porque se producen determinados indicios de carácter diverso La sistematización quedó de la siguiente manera: 1} Los LAT que detonan indicios apropiados para la transición. 2} El movimiento (M) y 3} El tipo particular de acto de habla (A). Los tres conforman junto la unidad de sentido mayor que detona el número y agilidad de las secuencias de turnos (cuantitativamente hablando) y cualitativamente el *encoding* en que se ancla la estrategia de acomodación discursiva. Para el análisis del desarrollo secuencial, hemos analizado el sistema de toma de turnos en la interacción.

El discurso que aquí se estudia es un diálogo institucional que implica estudiar la comunicación médico–paciente, lleva a un estudio comparativo de una u otra manera, pues no se trata del diálogo cotidiano y obligatoriamente dirige a compararlo con el habla natural, por lo menos implícitamente (Drew y Heritage, 1992; en Drew y Sorjonen, 1997). Generalmente, la comparación se haría entre el habla cotidiana y la más «formal» (institucional), pero en esta ocasión se hará entre el discurso médico y el discurso en la interacción médico–paciente.

El análisis nos llevó a distinguir que la modalidad emergió a partir del posicionamiento discursivo del hablante (médico o paciente) y se observa a través de los marcadores conversacionales usados por el profesional de la salud y los pacientes en sus distintas funciones comunicativas o actos de habla. Además hemos identificado su distribución en el turno, es decir, al inicio o durante su desarrollo, al tiempo que se identifican los contenidos discursivo–pragmáticos de los mismos y, su participación en estrategias de cortesía.

Referentes teóricos

Las estrategias discursivas tienen un papel fundamental en este análisis, sin embargo, es a través de la Teoría de la Valoración (Martin y White, 2005) que se busca observar la cortesía, el trato (discursivo) que otorgamos a nuestros receptores depende de las valoraciones que realizamos como hablantes.

La Lingüística Sistémico–Funcional (Halliday, 1985) tiene como principal característica considerar a la lengua como inseparable de la sociedad, pues su principal función es representar el mundo e interactuar. Además, esta rama de la Lingüística menciona que el emisor elige qué decir y cómo hacerlo y en tal sentido es inexorable referir

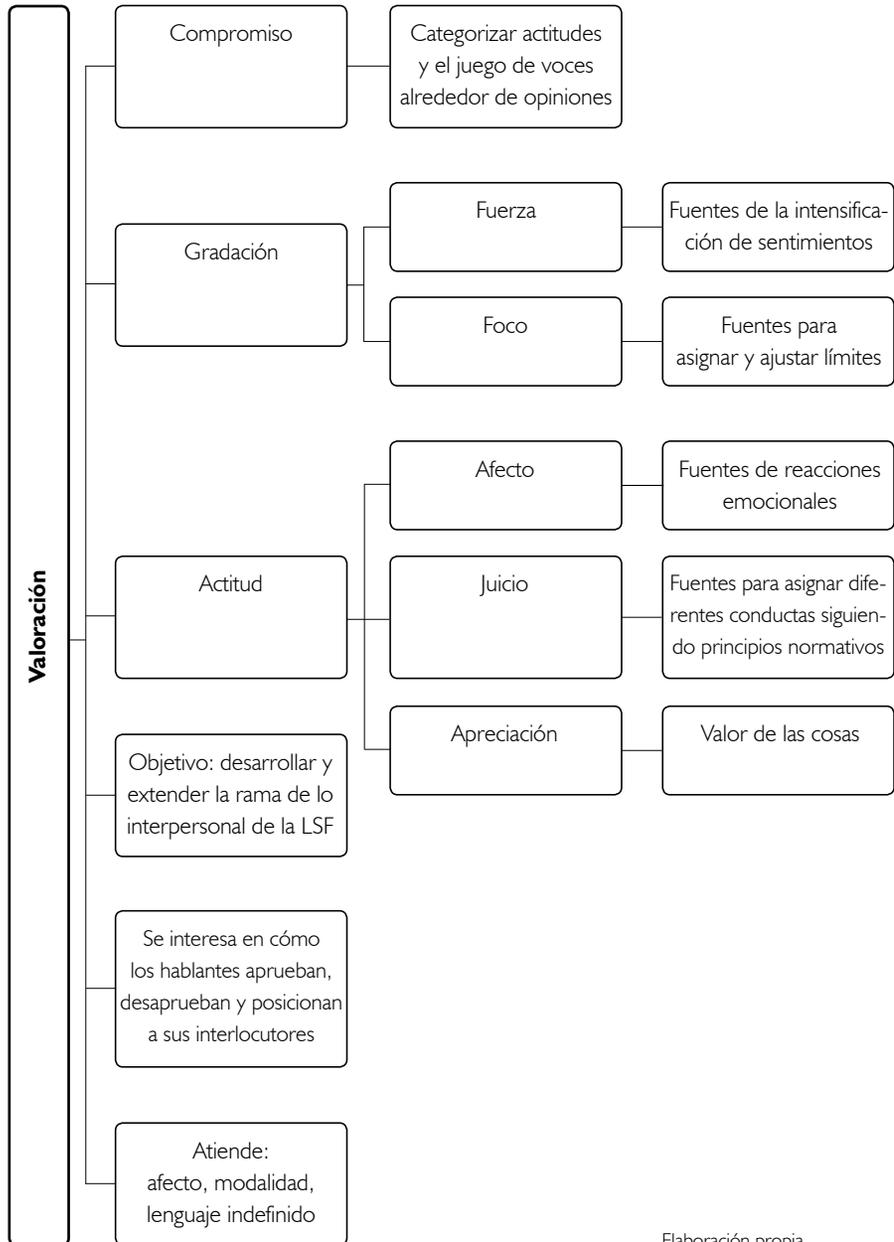
que lo anterior surge a partir de la teoría de los actos de habla de Searle (1969), quien postula las reglas reguladoras del comportamiento interpersonal; y otros como Grice (1975) y Leech (1983) con sus conocidas máximas. Para el análisis de marco donde germinan las estrategias de contracción o posicionamiento dialógico de los participantes respecto del comportamiento lingüístico cortés, nos hemos inclinado por la teoría de Brown y Levinson (1987) por ser la que ha dado origen a múltiples estudios y, al decir de Calsamiglia y Tusón (1999), la más elaborada. De ella se han usado los conceptos de cortesía positiva y negativa. La primera entendida como una compensación dirigida a la imagen positiva del destinatario, a su deseo perenne de que sus deseos (o las acciones/adquisiciones/valores que resultan de ellos) se perciban como algo deseable. La compensación consiste en satisfacer parcialmente ese deseo comunicando que los propios deseos (o algunos de ellos) son en cierto sentido similares a los del destinatario (Brown y Levinson, 1987: 101). La cortesía negativa, en tanto, es para estos mismos autores «una acción compensatoria dirigida a la imagen negativa del destinatario: hacia su deseo de que no se dificulte su libertad de acción ni se estorbe su atención. Es la esencia del comportamiento respetuoso, del mismo modo que la cortesía positiva es la esencia del comportamiento familiar y distendido (129).

A partir de lo anterior, y a los efectos de obtener evidencia sistemática en los resultados, empleamos la Teoría de la Valoración (2005) propuesta por Martin y White, la cual se enfoca en estudiar lo interpersonal del lenguaje. Los objetivos principales de esta teoría se pueden resumir con los siguientes puntos:

- { Cómo los hablantes aprueban o desaprueban a sus receptores (y viceversa) y cómo los posicionan.
- { La construcción de textos a través de sentimientos y valores compartidos (entre hablantes y receptores).
- { Cómo se construyen y presumen identidades a partir de actos sociopragmáticos.

La valoración cuenta con tres subtipos: actitud, que atiende cómo los hablantes y receptores evalúan positiva o negativamente las entidades, los sucesos, etc.; compromiso, atiende la certeza, compromiso y conocimiento de los participantes en el acto comunicativo; y por último, gradación, que se ocupa de cómo los participantes aumentan o disminuyen la fuerza de sus afirmaciones y cómo agudizan o difuminan las categorías semánticas que operan. A continuación, se muestra con más detalle cada una de estas categorías. Véase la Figura 1.

Figura 1.
Representación esquemática de la Teoría de la Valoración de Martin y White, 2005.



La valoración en el discurso rige las decisiones de los hablantes, sobre todo cuando hablamos de cortesía, ya sea positiva o negativa. En esta ocasión, al estar la investigación relacionada con las estrategias de cortesía, la teoría de la valoración ayudará a conocer qué es lo que lleva a los interlocutores a tomar sus decisiones discursivas. Para este trabajo, centramos el análisis en las etiquetas referidas a compromiso, gradación y actitud, con las cuales proponemos y creemos que se pueden establecer: 1 } las estrategias de cortesía en las que los participantes de la consulta médica se ven involucrados; y 2 } su realización como elementos de la modalidad de los enunciados.

Análisis de los resultados

El tratamiento discursivo que reciben los oyentes por parte de los hablantes, depende de los juicios que éste último realiza; los hablantes juzgan a los interlocutores basándose en la apreciación que sienten por ellos y su comportamiento, reacciones emocionales y sentimientos. A continuación se muestran los fragmentos del discurso que permiten observar cómo el hablante, a través de la actitud (Martin y White, 2005), modifica el discurso para ser cortés, o para defender su imagen positiva o negativa; se identifican los elementos que conforman tanto la actitud como la cortesía. Aclaramos que los siguientes son solamente algunos de los ejemplos más ilustrativos que muestran la relación médico–paciente y médico–médico.

83 { texturas 16

Identificación de actitud y cortesía en el discurso médico–paciente

a } Cortesía negativa

La cortesía negativa aparece en el discurso para compensar cualquier agresión que se pueda presentar en contra de la imagen negativa del interlocutor, o para defender la propia imagen negativa sin afectar al oyente (Brown y Levinson, 1987).

A través de distintos elementos lingüístico–discursivos es que se puede observar la presencia de la cortesía negativa; en esta ocasión, en la interacción de la consulta médica, se hizo notar en atenuadores sustituyentes y acompañantes, solapamientos en la estructura de turnos y adverbios modales.

Como se menciona, la cortesía negativa está relacionada con un cierto grado de agresión, tal vez no a la persona a la que se dirige el discurso en general, sino su imagen negativa; la diferencia de esto radica en que la imagen negativa consiste en tener libertad de acción, de no sufrir imposiciones (ídem).

a. 1 } Atenuadores

Hablar de cortesía negativa es hablar también de agresión, o por lo menos de una amenaza a la imagen de la otra persona, la cual siempre será defendida por los hablantes. Cortesía negativa no es descortesía, sea cual sea la dimensión de la amenaza hacia la otra persona, el hablante intenta compensarla para que esta no se haga directamente.

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

a.2} Atenuadores acompañantes

Brown y Levinson (en Calsamiglia y Tusón, 2007) definen los atenuadores acompañantes como frases añadidas, tipo preparativo de lo que se enuncia o pretende anunciar de modo nuclear (como ejemplo, *por favor, podrías, serías tan...*), y los categorizan en tres: reparaciones, minimizadores y cameladores. Sin embargo, por la cantidad de ejemplos encontrados de estos, y por otros elementos que se localizaron en el corpus con la misma función en el discurso, se tomó la decisión de agregar categorías y reducir las frases a solo un tipo: frases elaboradas de cortesía (como el ya mencionado *por favor*); los elementos nuevos a considerar son el uso de diminutivos, y las preguntas al final de los enunciados (como reiteración a lo dicho, por ejemplo, *¿eh?*). En este sentido obsérvese que en a.3, el acto de habla ilocutivo con rasgos comisivos donde el patrón de interacción y rasgo estructural por parte del médico en su turno, comienza con una aserción positiva, pudiésemos decir incluso que posee cierto marcaje evidencial. Estructuralmente «correcto» —repetido después de la pausa discursiva— evidencia el posicionamiento del proceder en el médico. La parte intermedia que subyace en esta estructura no está configurada como un enunciado aislado, sino combinado, modificado o subordinado a otro(s) acto(s). Observamos que la formulación del ofrecimiento, indistinto a ser una rutina predecible en el profesional de la salud, es esperado que se combine en varias ocasiones con otro tipo de actividad cortés, y en este la frase elaborada de cortesía *por favor*, es utilizado para valorizar la imagen del médico ofertante ante el paciente; se trata de un tipo de atenuación donde el pedimento no es directivo, tipo «Súbete a esta báscula para medirte y pesarte», sino que la cortesía está mediado por una oferta que debe valorar el receptor del acto comunicativo. Al final, la auto pregunta *¿eh?* corrobora la permisión y enmarca el rasgo de valoración general del acto comunicativo de cortesía.

84 {texturas 16

a.3} Frases elaboradas de cortesía

- (1) MH5PH M: Correcto, déjame pesarte y medirte, **por favor**. (...) l.64 con 52...
Correcto, te voy a hacer una preguntitas, **¿eh?**

a.4} Sufijos diminutivos

- (2) MM12PM M: ¿Dolor en la parte baja? **¿Coliquito?**
(3) MM1PH M: Es una infeccion**cita**, eh... (...)
(4) MM12PM M: Hay que tomar una tablet**ita** cada 12 horas por 5 días (...)

El sufijo **-ito** se presenta en el discurso del médico como atenuador. Aquí se pueden observar además, las preocupaciones del médico, pues con este recurso gramatical, intenta atenuar los padecimientos del paciente y restarle importancia al medicamento que le prescribe.

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico-paciente y
médico-médico }
{ pp. 76-97 }

a.5 } Pregunta al final o dentro de los enunciados

- (5) MM12PM M: (...) Esta la función que tiene principalmente es quitar el ardor al orinar, **¿sí?** (...)
- (6) MH5PH M: Correcto, déjame pesarte y medirte, por favor. (...) 1.64 con 52... Correcto, te voy a hacer una preguntitas, **¿eh?**
- (7) MM4PH M: (...) Y tomar tres litros y medio de agua diarios, **¿sale?** Para que hagas que las bacterias salgan por arrastre por lo menos mientras andas así. **¿Sale?**

Estas preguntas sirven al hablante para asegurarse que el interlocutor comprendió lo que se le dijo, además si se presentan después de una orden, cumplen con la función de atenuarla y darle de cierta manera libertad a la persona (defender su imagen negativa).

a.6 } Atenuadores sustitutivos

Estos elementos son también atenuadores, pero al contrario de los anteriores no complementan una unidad léxica o un enunciado, sino que los sustituyen o modifican en su totalidad. Forman parte importante de esta categoría los eufemismos.

(8) MH5PH: ¿Y ella no te manifestó días antes que estuviera también **malita?**

Aquí se utiliza un eufemismo, el médico sustituye *enferma* por *malita* y además de sustituir la palabra agrega un sufijo diminutivo, también con una función atenuadora.

(9) MM1PH M: Ahorita **trata de tomar** menos refresco

Dar órdenes a otras personas resulta difícil cuando no se quiere agredir su imagen (positiva), en este ejemplo, el médico modifica su enunciado para convertir su orden en una recomendación.

a.7 } Estructura de turnos: solapamientos

Cuando dos personas interactúan se espera que sus intervenciones ocurran alternadamente, y se creería que el tema de conversación continúa en cada una de éstas. Sin embargo, la realidad es que esto no ocurre así. Los solapamientos ocurren cuando un hablante intenta imponerse sobre otro, cuando uno de ellos advierte que hay un espacio discursivo apropiado para intervenir o, en su caso, existe evidencia prosódica para autoimplicarse en la rutina conversacional. Se pueden observar sobre todo cuando el que interviene, y realiza el solapamiento, cambia el tópico de conversación radicalmente (Gallardo, Beatriz, s/f). Este mecanismo de interacción se puede observar en los ejemplos (10) y (11). El tópico discursivo es propiciado por una evidencia que el médico advierte como obvia pero que es apoyada por un alargamiento vocálico en posición final de palabra seguido de una pausa discursiva que incluso, podría ser medida y es advertida y valorada por el interlocutor en términos de umbrales de percepción Cfr. Pamies et al. (2002).

- (10) MM4PH P: Olor no, pero si se ha visto: (...)
M: Ajá, ¿qué tanta agua tomas al día?
- (11) MM1PH P: Pues no, mi duda era por qué tenía eso, saber qué era, si no era nada grave, gracias.
M: Que te vaya bien.

b} Cortesía positiva

La cortesía positiva tiene el sencillo objetivo de agradar al oyente (Brown y Levinson, en Calsamiglia y Tusón, 2007), al hablar de comunicación m–p⁵ esta tiene un papel importante; puede hacer sentir en confianza al paciente, lo que a su vez ayuda a que la consulta médica se realice en menor tiempo y sobre todo, eficazmente.

b.1} Enunciados pragmáticos

Estos enunciados tienen la característica necesaria de estar en un contexto específico; sin el contexto en el que están, no tendrían el significado que se les otorga. No importa si son solo frases u oraciones completas, como se podrá ver en el ejemplo (12).

Bajo esta categoría se incluyen todas aquellas palabras apocopadas, interjecciones y demás elementos que se utilizan con algún propósito en especial, como puede ser acortar distancia entre los interlocutores, crear empatía, economizar el lenguaje, etcétera.

- (12) MH5PH: «¡Ay! ¡Se te va a caer esa chingadera y todavía dices que tomado!
Te digo vale... pensé que ibas a decir: “no, pos’ inyectado” pero n’ombre. Ok, no lihace, no hay problema.»

Esta intervención del médico está llena de elementos indicadores de la cercanía que establece con su paciente: acortamientos, interjecciones, eufemismos, etc.; su habla es informal e incluso bromea con él.

b.2} Estructura de turnos: turnos colaborativos

En estas interacciones, el hablante intenta terminar lo que está diciendo su interlocutor, en los siguientes fragmentos se puede observar cómo el hablante complementa o completa la información que se le estaba proporcionando.

- (13) MH1IPM P: Es que, desde ayer comencé con molestias al ir a hacer pipí.
Y... tomé una pastilla rojita, como ayer, y se me quitó pero hoy empecé otra vez.
M: Ok. Eh, seguramente fue fenazopiridina...
- (14) MH5PH P: Pero hoy otra vez
M: Pero hoy apareció

c} Valoración

La valoración en el discurso, como se ha dicho anteriormente, consiste en cómo los hablantes evalúan a sus interlocutores a partir de sus sentimientos, conocimientos de valores compartidos, etcétera. A continuación se muestra cómo los subtipos de la valoración se presentan en el discurso m–p.

c.1} Compromiso

Los hablantes pueden valerse de diferentes elementos discursivos para mostrar a sus oyentes el nivel de compromiso que tienen con su discurso. Pueden, o bien demostrar que lo que dicen es verdad, o intentar alejarse de su discurso.

(15) MM12PM M: «¿No? Ok. Pues uno de los principales datos de la infección urinaria es precisamente ardor, este, al orinar. La orina concentrada, más amarilla, este, hace como espumita, eh... Otros de los datos es que están con mucha frecuencia a hacer pipí o se siente la sensación, eh, y hacen muy poquito o sienten que hacen y como que quisieran seguir, este... haciendo pipí pero ya realmente no sale nada, te voy a dar tratamiento para la infección urinaria pero es muy importante los cuidados generales, no utilizar nada de ropa apretada, que sea ropa interior de algodón y tomar muchos líquidos. De los líquidos más recomendables, el agua de piña y el agua de Jamaica que tienen propiedades diuréticas, que hacen que el riñoncito elimine más rápido la infeccioncita.»

En este fragmento del discurso, podemos ver cómo el médico intenta informar a su interlocutor que los datos que está proporcionando no son de su autoría, por ejemplo cuando dice «de los líquidos más recomendables», dice que se recomiendan, más no dice quién, dejando en claro que él no.

c.2} Juicio

El juicio que los hablantes pueden hacer de otros depende de los conocimientos que tienen de su grupo social, como las normas sociales compartidas.

(16) MH5PH M: Y... ¿a qué se debió eso? No me vayas a decir como los demás, «no pos' vengo con uste' que es médico, por eso vengo con usted, para saber lo que se debió ese contagio» ¿Tienes pareja sexual?

P: Sí

M: ¿Y cómo anda ella?

En el ejemplo (16) están representados los juicios que se pueden hacer, basándose únicamente en el discurso. El médico está dando su opinión acerca de por qué cree que se pudo haber originado la infección de su paciente, e incluso insinúa que su pareja sexual puede ser la culpable. Para llegar a estas conclusiones, se necesita cierto

conocimiento del mundo en general, el hablante tuvo que recurrir a sus conocimientos de comportamiento humano para realizar esas aseveraciones.

c.3} Afecto

Aquí, el hablante simplemente informa acerca de sus deseos:

(17) MH5PH M: «5 días, y por último te doy esto para tus molestias, molestia o dolor. **No quiero**, aunque muchos me dicen “no pos’ al cabo me duele muy poquito”, **no quiero** que duela...»

c.4} Contracción y posicionamiento dialógico

Ahora bien, sobre los elementos que implican compromiso y contracción dialógica ofrecemos dos tablas. La primera de ellas (Tabla 1) alberga una serie de frases con elementos indefinidos, deícticos y lexemas verbales anclados a predicados que nos dejan ver la posición o modo en que el médico evidencia su rol como sujeto enunciador del subacto de habla informativo, el de la prescripción o proclamación. Pareciera que hay cierta lejanía o un posicionamiento desdibujado de la escena discursiva con su interlocutor donde se deja al fuero interno del paciente adherirse o no a las recomendaciones que el médico propone. Resalta el empleo de fórmulas de indefinido uno (s) otro (s); los demostrativos (eso, esa) y frases nominales referenciales. El pronombre indefinido uno origina expresiones de despersonalización donde el hablante se incluye de manera encubierta e involucra parcialmente con su interlocutor.

Compromiso, contracción dialógica en interacciones m–p

Documento	Código	Segmento
MM12PM	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: ¿No? Ok. Pues uno de los principales datos de la infección urinaria es precisamente ardor, este, al orinar.
MM12PM	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: (...) Otros de los datos es que están con mucha frecuencia a hacer pipí o se siente la sensación, eh, y hacen muy poquito o sienten que hacen y como que quisieran seguir, este... haciendo pipí pero ya realmente no sale nada, te voy a dar tratamiento para la infección urinaria pero es muy importante los cuidados generales, no utilizar nada de ropa apretada, que sea ropa interior de algodón y tomar muchos líquidos.
MM12PM	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: (...) De los líquidos más recomendables , el agua de piña y el agua de Jamaica que tienen propiedades diuréticas, que hacen que el riñoncito elimine más rápido la infeccioncita.

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

(continúa en la página siguiente)

MM12PM	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: (...) Ésta la función que tiene principalmente es quitar el ardor al orinar, ¿sí? Entonces la quita de inmediato, con la primera toma, desaparece la molestia, pero la tienes que tomar con horario, porque si no, pasado el efecto del fármaco, es un anestésico, tons' pasado el efecto del medicamento, vuelves otra vez con la molestia.
MM12PM	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: La fenazopiridina tiene la característica de pintar la pipí de color anaranjado y también mancha la ropa interior, entonces puedes usar pantis porque luego ya no se quita tan fácilmente. Pues esa sería la recomendación.
MH5PH	Valoración\Compromiso\ Contracción dialógica	M: (...) Y nadie hace eso, y eso viene en revistas médicas , esas que nosotros leemos y entonces son cosas tan comunes que la gente la pasa desapercibida

En el cuadro siguiente se muestra el total de las respuestas que engloban las estrategias comunicativas implicadas en la cortesía como parte de la interacción M–P, y son en su mayoría, de cortesía positiva a}; siguen en frecuencia las estrategias de cortesía negativa b} y, son inexistentes los actos valorativos c}. Lo anterior nos da cuenta del panorama global que arroja la interacción de cortesía entre médicos y pacientes; al mismo tiempo es de hacer notar que, cuando un médico desconoce o advierte distancia social o desconocimiento del «otro», los actos de valoración que evidentemente implican dejar entrever las posturas, intenciones metapragmáticas y posicionamiento discursivo en general, estén completamente ausentes. Véanse los siguientes resultados:

89 {texturas 16

Comunicación M–P

a} Estrategias de cortesía positiva	b} Estrategias de cortesía negativa	c} Actos valorativos
19	11	-

Identificación de actitud y cortesía en el corpus seleccionado de discurso médico–médico

En estas interacciones se analizan la cortesía negativa y positiva, así como la valoración en el discurso a través de elementos de análisis como: atenuadores, frases elaboradas de cortesía, sufijos diminutivos, estructura de turnos, enunciados pragmáticos, etc. Este discurso se originó en consultas donde el paciente es médico en formación (información que recibe el médico mediante el uniforme blanco característico de esa licenciatura). Estas interacciones son consideradas comunicación médico–médico.

{ alan pérez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacci3n ling stica
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

d.1 } Cortesía negativa

La cortesía negativa juega un papel importante en el discurso m-m⁶ dado que el médico encargado de la consulta médica, en ocasiones se esfuerza por defender su imagen negativa, pero también por las mismas razones que en la comunicación m-p, que es resguardar la misma imagen, pero de su interlocutor.

d.1.1 } Atenuadores acompañantes

d.2.1 } Frases elaboradas de cortesía

(18) MH3MFM M: ¡ 10, 70, está normal. ¿Me permites tu saco, **por favor?**

(19) MH7MFM M: Bien, Pásate aquí **por favor.**

d.3.1 } Pregunta al final o dentro de los enunciados

(20) MM6MFH M: Vas a tomar agua, de piña se recomienda, agua de piña... y agua, muchos líquidos y electrolitos para que te estés hidratando, **¿sí?**

(21) MM9MFM M: Toda la caja, trae 10. Mucha agua natural, y tú ya sabes los factores que hay que cuidarse (...), **¿sale?** (...) limpia?

d.4.1 } Atenuadores sustitutivos

(22) MH2MFH M: ¿No hizo travesuras?

Contrario a lo que se creía, también en las interacciones m-m se utilizan eufemismos; en este caso el médico evita preguntarle directamente al paciente si ha tenido relaciones sexuales.

d.5.1 } Estructura de turnos: solapamientos

Los solapamientos, aparecen sobre todo cuando un hablante está intentando defender su imagen negativa o atacar la de su interlocutor. En esta ocasión, los solapamientos competitivos se pueden apreciar claramente, muy en especial en el siguiente ejemplo:

(23) MM6MFH M: Si estás en quinto semestre ya debes saber cuál es el tratamiento para una infección urinaria...

P: Antibiótico...

M: Ajá

P: Y sintomatológico, igual fenazopiridina

M: Mmj pero ese no es antibiótico...

P: Pues ayuda en la sintomatología...

En esta ocasión no se cambia la temática de la conversación, sin embargo, se ve cómo los dos hablantes intentan imponerse uno sobre el otro; no solo el médico sobre el paciente. En el resto de las interacciones, por lo general solo son intentos por parte del médico de dirigir el discurso hacia donde necesita para obtener la información necesaria para terminar con la consulta.

e} Cortesía positiva

e.1} Preguntas personales

Este tipo de preguntas desvían el discurso hacia información que no es necesaria para el diagnóstico o el tratamiento médico, se establece una empatía entre los hablantes que hace posible que puedan interactuar con mayor facilidad. También pudiéramos decir que, aunque son parte de la información primaria del discurso ante alguien a quien no se conoce, sirven como marco general de atenuación y empatía entre interlocutores.

- (24) MH2MFH M: ¿Y a qué le tira usted?
P: Ah, pues todavía estoy indeciso en eso.
M: ¿En qué?
P: Entre medicina interna y cirugía
M: Son dos...
P: Muy opuestas
M: Sí, pero, pos'... Cirugía, muy bien pagada, y medicina interna hay mucho trabajo.
P: Eso sí...

e.2} Enunciados pragmáticos

Los fragmentos relacionados con los enunciados pragmáticos muestran cómo los médicos llegan a considerar a los pacientes como integrantes de su mismo grupo y ante los cuales se existe una aparente brecha para establecer un vínculo sociopragmático de confianza. Si se observa con detalle el ejemplo siguiente en (25) y (26) hay una especie de acto aseverativo proferido como herramienta mitigadora, con la que se modifican internamente los enunciados para dar posibles opciones de interpretación al destinatario —en este caso paciente— de valorar lo implicado en la verbalización del acto enunciado por el médico. Lo anterior obedece al potencial de interpretación que, a partir de la ironía como recurso del médico, llega a generar algún nivel escalar de certeza o incertidumbre respecto a una tarea o actividad ante la cual, el paciente es relativamente ajeno o desconoce.

- (25) MH2MFH M: Entre sastres no se cobran las puntadas.
(26) MM9MFM M: Dicen que los médicos somos los peores...
P: Umj
M: ...pacientes. (...) ¿En qué año vas?

Estructura de turnos: turnos colaborativos

Los turnos colaborativos en el discurso m–m aparecen en menor cantidad que los solapamientos; aunque sí hay solapamientos para completar información, como de los

91 {texturas 16

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

que se trata aquí, en mayor medida los hablantes están preocupados por defender su imagen negativa. Ejemplo de lo anterior puede ser apreciado a continuación:

- (27) MH7MFM P: Bueno, ayer más o menos como en la mañana... comencé con poquito de tenesmo, disuria, polidipsia, pero así, leve, entonces mi mamá me dio una pastillita de color..
M: Fenazopiridina

f.1 } Valoración

f.1.1 } Compromiso

En estas interacciones, pensando que al diagnosticar a su paciente, éste puede ya tener conocimiento acerca de lo que se le está diciendo; el hablante puede intentar no comprometerse totalmente, en caso de llegar a equivocarse.

- (28) MM6MFH M: Vas a tomar agua, de piña **se recomienda**, agua de piña... y agua, muchos líquidos y electrolitos para que te estés hidratando, ¿sí?
(29) MM6MFH M: Tienes que tomar este la butilioscina para que no te dé dolor, te voy a dar norfloxacin, **ya sabes que es una**, un antibiótico de amplio espectro, es por 5 días, es cada 12 horas y es una tableta.

92 { texturas 16

f.2 } Juicio

Los juicios que los hablantes se hacen basándose en los conocimientos que tienen del mundo, experiencias, normas sociales, y demás... Por parte de los médicos en estas interacciones, los juicios que hacen en su mayoría tienen que ver con la defensa de su imagen negativa.

- (30) MM6MFH M: ¿Tú no vienes a consulta, verdad?
(31) MH2MFH M: ¿Sí? ¿Con alguien bien o con alguien mal?
P: No, con alguien bien.
M: ¿Alguien bien?

f.3 } Compromiso y contracción dialógica

Compromiso, contracción dialógica en interacciones m-m

A diferencia del posicionamiento discursivo en contracción y postura dialógica del médico que pudimos ver en la (Tabla 1) en la siguiente (Tabla 2) el recurso de evidencialidad del que dispone y hace uso el médico con otro (s) médicos. En este caso el empleo de los adverbios terminados en *mente* tienen el objetivo de comentar gramaticalmente el enunciado pero, discursivamente según (Montañez, 2013) tienen un consentimiento conceptual y modalizador dado que denotan el modo oracional y son

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico-paciente y
médico-médico }
{ pp. 76-97 }

rasgos de epistemicidad que funcionan como evidencias de conocimiento e información pragmática compartida, de tipo Nótese en este cúmulo de segmentos que estamos en el polo opuesto a la despersonalización de la tabla anterior. Con estas construcciones el hablante médico se posiciona y hace presente como sujeto de la modalización e indica explícitamente su involucramiento respecto lo expresado, se codifica bien a él mismo con respecto a su interlocutor, a otro participante o bien, a entidades que el concibe como cercanas o importantes. Algunas parecen redundantes e innecesarias y se usan casi siempre en la cercanía coloquial y en la misma práctica del ejercicio profesional.

Documento	Código	Segmento
MM9MEFM	Valoración\Compromiso\Contracción dialógica\Proclamar	M: Bastante agua natural, obviamente eso va a hacer que las ganas de orinar te aumenten
MM9MEFM	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	M: (...) es delimitar en qué parte está esa infección, generalmente estamos hablando de una uretritis, estamos hablando de cistitis o de (...) obviamente que (...) en tu caso al no traer dolor abdominal (...) nada más (...) sin embargo puede haber alguna de las otras dos (...) obviamente cistitis tiene que haber, porque obviamente cuando ya está el cuadro de cistitis tenemos todos los síntomas más comunes
MH3MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	M: (...) Viene con fenazopiridina, eso lo puedes tomar y te quita el proceso infeccioso y te quita la sintomatología, ¿sale?
MH2MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	M: O sea, un antibiótico, más no sabría cuál. Yo sospecho que es una infección...
MH2MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	M: Pero a veces al hacer travesuras causa...
MM6MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	P: Pues, no sé, igual por las características, pues... Del ardor al orinar, de... de la sensación de pujo y de tenesmo, ¿algún antibiótico?
MM6MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Entretener	M: Es que a veces cuando vienen así P: Ajá M: ...estudiantes, ellos quieren ya algo en particular... ¿No tienes ni idea?
MM6MEFH	Valoración\Compromiso\Expansión dialógica\Atribuir\Reconocimiento	M: Vas a tomar agua, de piña se recomienda, agua de piña... y agua, muchos líquidos y electrolitos para que te estés hidratando, ¿sí?

93 { texturas 16

{ alan perez barajas y maría guadalupe velasco fuentes }
{ estrategias discursivas en la interacción lingüística médico-paciente y médico-médico }
{ pp. 76-97 }

(continúa en la página siguiente)

MM6MEFH Valoración\Compromiso\
Expansión dialógica\Atribuir\
Reconocimiento

M: Tienes que tomar este la butilioscina para que no te dé dolor, te voy a dar norfloxacino, ya sabes que es una, un antibiótico de amplio espectro, es por 5 días, es cada 12 horas y es una tableta.

Como vemos a continuación, el total de las respuestas estrategias comunicativas implicadas en la cortesía como parte de la interacción M–M son en su mayoría de cortesía positiva (a); siguen en frecuencia los actos valorativos (c) y, finalmente las estrategias de cortesía negativa (b). Lo anterior nos da cuenta del panorama global que arropa la interacción de cortesía entre médicos y justifica la tendencia negativa o descortés que pudiese existir. A cambio de ello, los actos valorativos emergen como alternativa de atenuación entre pares interlocutores donde la distancia social o desconocimiento del «otro» es mínima o inexistente. Véanse los siguientes resultados:

Comunicación M–M		
a} Estrategias de cortesía positiva	b} Estrategias de cortesía negativa	c} Actos valorativos
20	7	13

94 { texturas 16

Conclusiones

{ Se encontraron más casos de cortesía en las interacciones m–m, sin embargo no son positivas como se creía al inicio de la investigación. Estas *valoraciones* en ocasiones sí representan cercanía; por ejemplo cuando se llaman *colega* o *doctor* y se dirigen a él como «usted», sin embargo en otros casos, el médico valora que la presencia del otro representa una amenaza e intenta defenderse.

{ En la comunicación m–p, la cortesía positiva se manifiesta en peticiones para que el paciente se deje auscultar, utilizando «por favor», o cuando el médico lo incluye en el discurso: «vamos a revisarte». La cortesía, sea positiva o negativa, se utiliza con el único fin de finalizar la consulta médica con éxito sin agredir la imagen del paciente.

{ Todos los hablantes someten a sus interlocutores a constantes juicios todo el tiempo, de esto depende el tratamiento discursivo que deciden otorgar. Los médicos, como todos los hablantes, eligieron ciertas estrategias de cortesía dependiendo de las valoraciones que realizaron al conocer a sus pacientes, o al escucharlos hablar.

{ Generalmente, la cortesía aumenta cuando la distancia social entre hablantes es mayor, en un intento por mejorar la comunicación. Aunque los médicos (y médicos en formación), tienen menor distancia social entre ellos que en una consulta médica normal, la cortesía se utiliza (se podría decir, generalizando) para defender la propia imagen (sea positiva o negativa).

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

{ Con respecto a la codificación de los interlocutores (pacientes y médicos) y su compromiso e involucramiento conceptual en la contracción dialógica discursiva, queremos dejar constancia de lo provechoso que resultó este ejercicio de análisis. Además, la sistematización que seguimos nos permitió obtener una rápida y certera radiografía del involucramiento y mostrar ejemplos de lo que consideramos como compromiso por parte de los implicados en las conversaciones estudiadas que, como parangones van del desdibujamiento de la escena conceptual, como en el primer caso, hasta el posicionamiento evidencial y modalizado en el segundo.

{ En interesante y pendiente de estudio, las relaciones de simetría /asimetría cuali y cuantitativas al interior de las estrategias comunicativas que, además de referir lo hasta aquí descrito (actos valorativos, cortesía positiva y negativa) aborden otros muchos aspectos que emergen al interior de los actos sociopragmáticos en interacciones médico–pacientes y médico–médico. Esto ayudaría a entender, en primera instancia y proponer, en segunda acortamientos a la brecha comunicativa de la salud. Un trabajo digno de realización como proyecto de largo aliento para la mejor adherencia terapéutica y en ciertos pacientes con cuadros clínicos específicos y, en general, abonaría al área de comunicación para la salud y políticas públicas.

{ Finalmente, de lo que no tenemos duda es que, el nivel compromisorio, las estrategias de cortesía y el mismo involucramiento conceptual de los hablantes en este tipo de actos relacionados con marcos generales de comunicación para la salud, deben ser considerados como grandes unidades de análisis discursivas que, viéndolas no solo en marcos lingüístico–discursivos sino como ejercicio de comunicología posible, tendrían que ser parte de la agenda pendiente del sector salud, y que con combinadas con otras herramientas y unidades de análisis —pendientes de estudiar— constituyen herramientas complementarias que nos ofrecen una visión de conjunto completa y que quizás debiese ser tomada en cuenta al momento de tomar decisiones encaminadas a mejorar la política del sector salud en América Latina.

95 {texturas 16

Referencias bibliográficas impresas

- Alba de Diego, V. (1994).** *La cortesía en las peticiones*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado el 2 de julio de 2015 de: http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/asele/pdf/04/04_0413.pdf
- Brown, P. y Levinson, S. (1987).** *Politeness. Some universals of language use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bucholtz, M. y Hall, K. (2005).** Identity and interaction: a sociocultural linguistic approach. *Discourse Studies*, 7(4–5), 585–614.
- Calsamiglia, H.; Tusón, A. (2007).** *Las cosas del decir*. Barcelona: Ariel.
- Campbell–Kibler, K. (2010).** Sociolinguistics and Perception. *Language and Linguistics Compass*, 4, 377–389.

{ alan perez barajas
y maría guadalupe
velasco fuentes }
{ estrategias
discursivas en la
interacción lingüística
médico–paciente y
médico–médico }
{ pp. 76–97 }

- Castellano Ascencio, M. (2012).** *Cortesía verbal y fórmulas de tratamiento nominales en el habla de Medellín*. Cuadernos de Lingüística Hispánica. Recuperado el 1 de julio de 2015 de: <http://www.redalyc.org/pdf/2550/255020456006.pdf>
- Cepeda, G. & Poblete, M. (2006).** Cortesía verbal y modalidad: Los marcadores discursivos. *Signos*, 39(62), 357–377.
- Cordella, M. (2002).** *La interacción médico–paciente en escrutinio: un estudio sociolingüístico interaccional*. *Onomázein*, (7), 117–44. Recuperado el 20 de marzo de 2014, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134518098007>
- Coupland, J.; Coupland, N., & Grainger, K. (1991).** *Intergenerational discourse: contextual version of ageing and elderliness*. *Ageing and Society*, 11(2), 189–208.
- Drew, P.; Sorjonen, M. (2001).** Diálogo institucional. En van Dijk, T., *El discurso como interacción*. Madrid: Gedisa.
- Duranti, A. (1988).** La etnografía del habla: hacia una lingüística de la praxis. En Newmayer, F.J. *Panorama de la lingüística moderna*. Tomo IV: El lenguaje: contexto sociocultural. Madrid: Visor.
- Escandell Vidal, M. (2005).** *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Ariel.
- Frías Conde, X. (2001).** Introducción a la Pragmática. *Revista Philologica Románica*. Recuperado el 1 de julio de 2015 de: <http://www.romaniaminor.net/ianua/sup/sup05.pdf>
- Gallardo Paúls, B. (s/f).** *La transición entre turnos conversacionales: silencios, solapamientos e interrupciones*. Universitat de Valencia. Recuperado el 10 de junio de 2014 de <http://www.uv.es/~pauls/silencios.PDF>
- García Marcos, F. (1993).** *Nociones de Sociolingüística*. Barcelona: Octaedro.
- Giles, H., Coupland, J., & Coupland, N. (1991a).** Contexts of accommodation: Developments in applied sociolinguistics. In *Contexts of accommodation* (pp. 157–186). <http://doi.org/10.1017/CBO9780511663673>
- (1991b). Contexts of accommodation: Developments in applied sociolinguistics. In *Contexts of accommodation* (pp. 157–186). <http://doi.org/10.1017/CBO9780511663673>
- Halliday, M.A.K. (1994).** *An Introduction to Functional Grammar*. Gran Bretaña. Recuperado de: <http://www.grammatics.com/appraisal/SpanishTranslation-AppraisalOutline.pdf>; http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09342006000300002&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0718-09342006000300002.
- Lopera Medina, S. (2014).** *El uso del lenguaje coloquial en los cumplidos en una población universitaria*. Universidad de Antioquia. Recuperado el 2 de julio de 2015 de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inli/n66/n66a05.pdf>
- Martin, J.R.; White, P.R.R. (2005).** *The language of evaluation. Appraisal in English*. New York: Palgrave Macmillan.
- Montañez, M. (2013).** *Reseña introductoria. Adverbios Con Función Discursiva. Procesos de Formación y Evolución*. Madrid: Oralía.
- Pamies, A. et al. (2002).** Umbrales tonales en español peninsular. En Díaz García, J. (Ed.), *Actas del II Congreso de Fonética Experimental* (pp. 272–278). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Ruiz Ávila, D. (s/f).** Estrategias discursivas de la narración autobiográfica. *Estudios de Lingüística*

Aplicada, 23(diciembre, 042). Recuperado el 8 de junio de 2014 de <http://www.redalyc.org/pdf/588/58804203.pdf>

Schilling–Estes, N. (2008). Stylistic Variation and the Sociolinguistic Interview: A Reconsideration. In *25 Años de Lingüística Aplicada en España: Hitos y Retos (25 Years of Applied Linguistics in Spain: Milestones and Challenges; proceedings from AESLA 25)* (pp. 971–986). Recuperado de: <http://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181e86d20>

Silva–Corvalán, C. (2001). *Sociolingüística y pragmática del español*. Washington: Georgetown University Press.

van Dijk, T. (2001 [1997]). El estudio del discurso En van Dijk, T., *El discurso como estructura y proceso*. Barcelona: Gedisa.

——— (2009). *Discurso y poder*. Barcelona: Gedisa.

White, P. (s/f). *Un recorrido por la teoría de la valoración (Teoría de la valoración)*. English Language Research Department de English University de Birmingham (UK).

Yáñez, A. (2000). *El enunciado y el contexto enunciativo: hacia la pragmática*. Instituto Tecnológico de Costa Rica. Recuperado el 1 de julio de 2015 de: <http://tecdigital.tec.ac.cr/servicios/ojs/index.php/comunicacion/article/view/1277/1180>

Notas

¹ Alan Pérez Barajas, Profesor investigador de la Universidad de Colima y profesor de Lingüística Sociocultural en la Universidad Nacional Autónoma de México. Sus áreas de interés son la Lingüística Sociocultural, el Análisis del Discurso; el Cambio y la Variación Lingüística, en particular la marcación de tiempo y espacio en el español de México (partículas adverbiales e interficie sintaxis y prosodia).

² María Guadalupe Velasco Fuentes, Licenciada en Lingüística por la Universidad de Colima, México, y sus líneas de interés son el Análisis del Discurso, la Sociolingüística variacionista y la Pragmalingüística.

³ Sabemos que hablante y oyente son, recíprocamente, hablantes. Asumimos estos dos roles solo para efectos de diferenciación de la direccionalidad del discurso.

⁴ Se refiere a la imagen social del paciente discursiva y sociofonéticamente fue denominado como *matched guise* (Cfr. Campbell–kibler, 2010). Respecto a la indexicalidad, ésta deberá ser entendida en el marco sociocultural de la lengua cuando las relaciones de identidad aparecen en la interacción a través de múltiples procesos indexicales relacionados: 1. mención explícita de categorías y etiquetas identitarias; 2. implicaturas y presuposiciones sobre las posiciones de identidad propias o ajenas; 3. orientaciones evaluativas y epistémicas así como equilibrios interaccionales y roles participantes; 4. uso de estructuras y sistemas lingüísticos asociados ideológicamente con personas y grupos específicos (Bucholtz y Hall, 2005:594).

⁵ De aquí en adelante, se referirá a las interacciones médico–pacientes como m–p.

⁶ De aquí en adelante, se referirá a las interacciones médico–médico como m–m.