



Revista Signos

ISSN: 0035-0451

revista.signos@ucv.cl

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Chile

Cepeda, Gladys; Poblete, María Teresa
Cortesía verbal y modalidad: Los marcadores discursivos
Revista Signos, vol. 39, núm. 62, 2006, pp. 357-377
Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
Valparaíso, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=157013770002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Cortesía verbal y modalidad: Los marcadores discursivos¹

Gladys Cepeda
María Teresa Poblete
Universidad Austral de Chile
Chile

Resumen: El trabajo muestra evidencia, a nivel del contexto de entrevista clínica a mujeres pacientes, que los marcadores discursivos están implicados en la marcación de las estrategias de cortesía verbal y de la modalidad del discurso. Los análisis realizados se enmarcan en la teoría de la pragmática, el análisis conversacional y las estrategias de cortesía, facilitadoras de las relaciones sociales y la expresión de los roles de los interactantes (Brown & Levinson, 1987). Los resultados del análisis indican que la selección de uso de los marcadores discursivos depende de la tensión entre poder y solidaridad en la situación contextual, en concordancia con las estrategias de cortesía adoptadas. De este modo, la evidencia demuestra que el control de turnos y contenido de la entrevista está relacionado con el contexto de inicio de turno de la entrevistadora en sus voces médico-empática y educativo-empática, en contraste con una mayor multifuncionalidad y frecuencia de uso de los marcadores en el desarrollo del turno en la función de la voz informativa de la paciente y en la función inductiva, instructiva y apelativa de la voz educativo-empática de la profesional.

Palabras Clave: Análisis del discurso, cortesía verbal, modalidad, marcadores del discurso.

Recibido:
1-XII-2005

Aceptado:
4-V-2006

Correspondencia: Gladys Cepeda (gcepeda@uach.cl) Tel.: (56-63) 221425. Instituto de Lingüística y Literatura, Universidad Austral de Chile, Campus Isla Teja. Casilla 567, Valdivia, Chile.

Politeness and modality: Discourse markers

Abstract: This paper provides evidence for the function of discourse markers in the expression of politeness and modality in the discourse of a therapeutic interview. The analysis is based on pragmatic theory, conversational analysis and politeness strategies, as facilitators of the social relations and of the interactants' expression roles in discourse (Brown & Levinson, 1987). The results show that the choice of one discourse marker or another is dependent on the tension between power and solidarity in the contextual situation, in agreement with the politeness strategies at work. This evidence supports that the control of conversational turns and the content of the interview are correlated with the initial context of the beginning of the interviewer's turn, either in the professional's medical-empathetic voice or educational-empathetic voice. These results contrast with a greater degree of overlapping functions and higher frequency of the discourse markers used by the interviewed patient's informative voice, as well as by the professional's educational-empathetic voice, which has an inducing, instructive and appealing function.

Key Words: Discourse analysis, oral politeness, modality, discourse markers.

INTRODUCCIÓN

Este estudio intenta ser una primera aproximación a la contribución de marcadores discursivo-conversacionales en la cortesía y la modalidad de los enunciados emitidos en una interacción del tipo entrevista clínica, donde la entrevistadora es una profesional del área de la salud y la entrevistada, una paciente que sufre violencia intrafamiliar y ha concurrido a recibir asistencia especializada y orientación.

El estudio de la cortesía verbal, modo y modalidad nos lleva a darnos cuenta de que en gran medida, todos los marcadores conversacionales intervienen en la cortesía verbal, hecho que ya ha sido señalado en estudios de otros investigadores. En este sentido, Iglesias (2001) indica que si pensamos en la negociación de imágenes o identidades de los participantes en la interacción, se podría afirmar que ningún marcador es neutro con respecto a ella, y que por lo tanto, todos ellos están implicados, en mayor o menor medida, en las estrategias de cortesía. Sobre esta base, Iglesias considera que los marcadores discursivos están involucrados en las estrategias de cortesía de Brown y Levinson (1987), señalando que los marcadores conversacionales que están más directamente relacionados con la cortesía son los de modalidad epistémica y deóntica, utilizados de acuerdo con la intervención anterior, según la clasificación que hacen Martín y Portolés (1999). En el primer grupo se incluyen marcadores como 'claro', 'desde luego', 'por supuesto', 'en efecto', 'naturalmente'; en el segundo, 'bueno', 'bien', 'vale'. Por otro lado, los relacionantes del tipo ordenadores del discurso y los argumentativos pueden también identificarse como indicadores de cortesía en la medida que son instrucciones para la comprensión del discurso, en el primer caso; y en el segundo, como sucede con 'pero' y 'o sea',

sus funciones argumentativas y reformuladoras los involucran en la negociación del acuerdo y el desacuerdo entre los interlocutores.

La cortesía generalmente se concibe como el conjunto de normas reguladoras del comportamiento adecuado en las distintas sociedades, favoreciendo algunas formas de conducta y reprochando o censurando otras. Estas, de hecho, varían de una sociedad a otra. El tipo de cortesía que aquí interesa es la llamada cortesía lingüística o verbal, de la cual se ha interesado principalmente la pragmática y el análisis conversacional, por ser una interesante dimensión que afecta a las interacciones en general. Aunque la cortesía verbal no está totalmente separada de la cortesía como norma social, los planteamientos de la cortesía verbal se centran en el comportamiento lingüístico y en la elección de determinados indicadores verbales de cortesía; así como en el reconocimiento de que la función interpersonal del lenguaje está presente en la base del comportamiento comunicativo. Asimismo, a la cortesía se le reconoce su rol facilitador de las relaciones sociales a fin de canalizar y compensar la agresividad. Es así como la cortesía verbal marca y refleja las relaciones existentes de poder/solidaridad, distancia/proximidad, afecto y conocimiento mutuo, entre otras, que se dan en la vida social. A diferencia de la norma social, la cortesía verbal se basa en un conjunto de estrategias que determinan la elección de unas determinadas formas lingüísticas para elaborar los enunciados emitidos en una interacción.

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 los marcadores conversacionales en el 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 & 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'" (Brown & Levinson, 1987: 129).

Sobre la base de estas premisas, hemos iniciado un primer acercamiento al análisis de los marcadores discursivos como marcadores de modalidad y su relación con la teoría de la cortesía verbal en una entrevista clínica. Los resultados de este primer análisis nos permitirán establecer

posteriormente el marco de referencia definitivo y afinar la metodología, para proceder con el análisis de todas las entrevistas. Para ello hemos debido identificar no solo las ocurrencias de marcadores en el discurso de las dos interlocutoras, la profesional de la salud y la paciente, sino además, el contexto textual e interactivo donde estas ocurren, es decir, el desarrollo secuencial de la conversación y la organización de la interacción. Solo así creemos que se pueden establecer: (a) las estrategias de cortesía en las que los marcadores se ven involucrados; y (b) su realización como elementos de la modalidad de los enunciados.

1. Procedimientos de análisis

El corpus de análisis es 1 de 17 entrevistas clínicas de 20 a 30 minutos de duración, grabadas en boxes de atención de Centros Psicosociales de la ciudad de Valdivia, Chile, realizadas por profesionales de la salud (matrona, psicóloga, visitadora social) a mujeres derivadas por el sistema judicial por estar sufriendo o haber sufrido maltrato por violencia intrafamiliar continua. Para el análisis del desarrollo secuencial, hemos analizado el sistema de toma de turnos en la interacción. Cepeda (2005a) ya establece que la profesional, en situación de poder como entrevistadora, controla el contenido temático y de turnos de la entrevista, control que lleva a cabo a través de tres funciones o voces del discurso: "la voz médica", para elicitación de la información, sobre y de parte de la 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", para apoyar 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. Por su parte, la paciente, en respuesta a la voz médico-empática, cumple con "la voz informativa" esperada por la entrevistadora; y, en respuesta a la voz educativo-empática de la entrevistadora, asume "la voz de acuerdo", con sus etapas de aceptación y negociación. Cepeda (2005b) señala que las voces médica, educativa y empático-médica se concentran en la verbalización de su conocimiento experiencial, marcado a través del uso mayoritario del modo indicativo; la voz educativa, además, se concentra en el 'yo' hablante, a través del uso del modo subjuntivo, atenuando la actitud verbal de sus actos de habla directivo-persuasivos como producto de estrategias de cortesía negativa, que la hacen menos impositiva para la paciente. La voz informativa de la paciente, en su intención de que 'lo dicho es verdad', usa predominantemente el modo indicativo para informar y narrar los hechos como los ha experimentado; 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, en refuerzo de su imagen negativa, pero en expresión atenuada por cortesía negativa en su relación interactiva con la profesional de la salud.

En trabajos anteriores realizados con entrevistas semiformales, no clínicas (Cepeda, Khebian, Miranda & Brain, 1988), identificamos con mucho detalle los valores pragmáticos y discursivos de los marcadores conversacionales en la organización y el desarrollo de las interacciones comunicativas. El análisis nos llevó a distinguir tres grupos. El primero, constituido por los relacionantes supraoracionales (Fuentes, 1996); un segundo grupo, los apelativos/interactivos, que son aquellos ítemes gramaticalizados o lexicalizados por el uso, destinados a mantener el contacto entre los interlocutores, y que está constituido por elementos apelativos e interjecciones (generalmente fáticas) con el interlocutor. Y un tercer grupo que denominamos de modalidad, para caracterizar a aquellas unidades que son marcas de subjetividad individual al modalizar la evidencia, además de realizar la conexión en el texto. Asimismo, determinamos que las funciones y/o valores discursivos de estos elementos léxico-semánticos afectaban a distintos niveles de la interacción: los relacionantes y los de modalidad, al nivel del desarrollo de los contenidos, mientras que los apelativos/interactivos, al señalamiento de las funciones de los participantes. Hay que señalar, además, la polivalencia de un buen número de marcadores discursivos conversacionales, entendida esta como el hecho que un mismo marcador se realiza con distintos valores discursivos y en distintos niveles de la interacción (Cepeda & Poblete, 1996; Poblete, 1997; Poblete, 1998; entre otros).

Para su análisis, hemos separado los marcadores conversacionales usados por la profesional y los usados por la paciente en sus distintas funciones comunicativas, y 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.

2. Análisis y resultados

2.1. Marcadores discursivos de inicio de turno

2.1.1. Marcadores de inicio del turno de la profesional

La profesional de la salud (P) cumple la función de la voz médico-empática con cortos turnos inquisitivos que acusan el uso mayoritario de ‘¿y (...)?’ (.41) como marcador de inicio para animar a la paciente (E), a continuar con su entrega de información o relato (Cuadro 1). Además de esta función pragmática, este marcador cumple una función integradora que P utiliza como estrategia de colaboración con la voz informativa y que establece cohesión entre los turnos de E. En ocasiones, P inicia su turno con el uso de ‘o sea’ (.07), para recapitular lo entregado por E en el turno anterior, e indicarle a esta última si se ha entendido o no su intervención o intervenciones anteriores. A modo de ejemplo, observemos el siguiente extracto de conversación:

- (1) P: ¿Y, la cosa cambió?
 E: Sí, porque ahí él cuando yo llegué cambió. Empezó a trabajar, a comprarme lo que es tener una tele porque (...).
 P: O sea que el papá de Jaime empezó a aportar a la casa, a trabajar.
 E: Sí.

Ambos marcadores de inicio, 'y' y 'o sea' evidencian el deseo de la voz médico-empática de cooperar con la voz informativa para facilitarle la continuidad de su entrega de información y aliviar la tensión que la entrevista le provoca a E. Esta cooperación de P se potencia también con el uso de marcadores interactivos como 'ya' (.09) y 'claro' (.02), indicadores de aceptación y de acuerdo empático con las intervenciones de la paciente, como en los siguientes dos ejemplos:

- (2) P: ¿Esa persona con la que empezaste es el mismo papá de tu hijo?
 E: Sí, de mis dos hijos, Alejandra y Miguel Ángel.
 P: Ya.
- (3) E: (...) he sabido por mi cuña(d)o que quiere volver de nuevo a la casa porque... ¿sabe?
 Que ahí está durmiendo en un sillón. No es lo mismo como en su casa.
 P: Claro.

Cuadro 1. Marcadores de inicio del turno de la profesional de la salud.
 (n = frecuencia; p = proporción)

Funciones discursivo/pragmáticas	Marcador	n	p
Alentar e inducir la entrega de información e integrar las intervenciones de la interlocutora por parte de la voz médico-empática.	Y	20	.41
Recapitular la información entregada por la paciente y/o solicitar confirmación o precisión por parte de la voz médico-empática.	O sea	03	.07
Colaborar con la entrega de información de la paciente por parte de la voz médica, educativa y empática.	Porque	03	.07
Introducir una contra-argumentación y/o negociación por parte de la voz médico-empática.	Pero	06	.15
Aceptación o acuerdo con la intervención anterior por parte de las voces médico-empática y médico-educativa.	Ya claro	04 01	.09 .02
Recapitular/concluir para persuadir a la interlocutora a aceptar la imposición de la voz educativo-empática.	Bueno entonces	03 01	.07 .02

También al inicio del turno, el marcador 'pero' (.15) es usado por P para inducir una argumentación o una contra-argumentación de parte de E, uso que P hace cumpliendo la función de la voz médica y empática.

- (4) P: *Pero* él igual va a la casa a ducharse, a buscar su ropa. ¿Usted sigue haciéndole todos sus quehaceres?
 E: Sí, le lavo.
 P: ¿*Pero* come allá donde usted?

En este intercambio, se hace alusión a un turno anterior de la voz informativa, respecto a que la paciente había echado de la casa a su marido. La voz médica contra-argumenta al usar el marcador 'pero' al inicio de sus intervenciones, con el propósito de hacerle ver a la paciente que la situación es diferente a como ella la percibe o como la ha querido intencionadamente presentar a la profesional.

Otro marcador que aparece al inicio del turno, tanto por parte de la voz médico-empática como de la voz educativo-empática, es 'porque'. En el primer caso, al igual que lo que ocurre con el uso de '¿y...?' y 'o sea', en el uso de este marcador de causalidad, vemos una acción compensatoria dirigida a la imagen negativa de la destinataria, es decir, cortesía negativa (Brown & Levinson, 1987), que lleva a P a colaborar con la acción de entregar información por parte de E, como se observa en el siguiente extracto:

- (5) E: (...) la lloro toda porque...
 P: *Porque* te acuerdas de lo que te sucedía a ti.

Este intercambio ocurre en un momento en que la voz informativa cuenta que le gusta mirar un programa de televisión donde se muestran historias de violencia intrafamiliar. Lo que parece una interrupción por parte de la voz médica, es más bien una pausa en la voz informativa debido a la carga modal de la información que está entregando, ante lo cual, la voz médico-empática usando el mismo marcador de causalidad ya seleccionado por la voz informativa, le completa el enunciado a esta última, tornando la interrupción en la acción compensatoria de cortesía negativa ya señalada. Por otra parte, observamos el uso de este mismo marcador conversacional en la voz educativo-empática de P quien trata de inducir o persuadir a E para que siga las orientaciones que se le están entregando después del diagnóstico; el uso del marcador de causalidad minimiza la imposición y muestra deferencia por parte de quien tiene el poder, como se observa en el siguiente extracto:

- (6) P: *Porque* tú eres muy creyente (...) tú dices que siempre te ha acompañado Dios.
 E: Sí.
 P: *Bueno*, es cosa de fe importante (...)

También P, cumpliendo con la función de la voz educativo-empática trata de inducir a E para que vea las cosas desde otra perspectiva y decida seguir las orientaciones médicas, para lo cual usa marcadores de inicio como 'bueno' (.07) y 'entonces' (.02) con valor relacional de recapitulación y conclusión. Este mismo contenido relacional, le sirve a la voz educativo-empática para asumir su autoridad, es decir, mantener su posición de poder frente a la interlocutora, en una estrategia de cortesía negativa que mantiene la posición de cada una pero que mitiga la imposición de las demandas (Cots, 1998).

- (7) P: *Bueno*, hay hartas cosas que tú has contado ahora aquí y hay otras que también contaste la vez pasada (...).

E: Ya.

- (8) P: *Entonces*, por eso tienes que evaluar bien si realmente quieres volver con él y quieres seguir viviendo toda esta situación que has estado viviendo (...).

E: Ya.

2.1.2. Marcadores de inicio del turno usados por la paciente

La voz informativa de la paciente responde a las demandas de las voces médica y empática, al inicio del turno, con los marcadores 'porque' (.22) para introducir una justificación del contenido informativo; 'entonces' (.28) para retomar la entrega informativa o el relato y 'o sea' (.05) para aclarar información entregada en el turno anterior (Cuadro 2), como se aprecia en los siguientes extractos:

- (9) P: ¿Qué fue lo que ayudó a que tu mami se separe?

E: *Porque* mi mamá se cabreó, y conoció, de ahí conoció (...).

- (10) E: (...) a veces cuando está en la casa, miramos el programa de Hola Andrea, y salen tanto casos ahí.

P: Similares.

E: *Entonces*, lo mira y llora, llora (...).

- (11) P: ¿A qué le llamas lesear?

E: *O sea* estar con una mujer.

Estos extractos evidencian la aceptación de la voz informativa de responder con información de buena calidad a los requerimientos de la voz médica: dando razones, indicando la continuidad de la información y, reconociendo la autoridad de su interlocutora, precisando la información solicitada.

En respuesta a la voz educativo-empática, E responde con el marcador 'ya' (.27), indicando la aceptación de las orientaciones e imposiciones de la profesional.

- (12) P: (...) es importante tomar decisiones y hay decisiones que uno toma para siempre y...
hay decisiones que se toman en forma temporal; toma este viaje como algo temporal.
E: Ya.

- (13) P: (...) yo aquí la decisión no la tomo, yo simplemente te ayudo a ver las distintas alternativas que tienes. La decisión la tomas tú y tienes que hacerla efectiva.
E: Ya.

En ambos casos se trata de cortesía positiva de parte de la paciente que reconoce la cortesía positiva de la profesional por lo cual acepta el tratamiento.

Cuadro 2. Marcadores de inicio de turno usados por la paciente.
(n = frecuencia; p = proporciones)

Funciones discursivo-pragmáticas	Marcador	n	p
Anunciar a la voz médico-empática y médico-educativa que la información que introduce debe entenderse como justificación o explicación.	Porque	4	.22
Retomar y continuar la entrega informativa para responder al requerimiento de la voz médico-empática y educativo-empática.	Entonces	5	.28
Precisar información para satisfacer la demanda aclaratoria de la voz médico-empática.	O sea	1	.05
Indicar incertidumbre respecto a la información que se le solicita.	No sé	2	.11
Aceptar, acatar la proposición de la voz educativo-empática.	Ya	5	.27

También la voz informativa utiliza 'no sé' (.11), reconocido como marcador conversacional de modalidad con valor discursivo-pragmático de cautela y como estrategia para preservar su imagen frente al acto directivo de la voz médica, como se puede observar en el siguiente ejemplo:

- (14) P: ¿Qué sientes por él?
E: No sé, a veces cuando (...).
P: ¿Lo echas de menos por tener compañía?
E: Sí.

En este caso la voz informativa no se atrevía a decir que echaba de menos a su marido a pesar de todo el maltrato que había recibido de él, ya que esto afectaba su imagen, su acción de haberlo echado de la casa y después extrañarlo. Sin embargo, la voz médico-empática le otor-

ga una salida favorable para ella, "por tener compañía". Con eso P le está insinuando que la entiende, que no es que lo quiera, sino que simplemente se siente sola. Ante esta comprensión por parte de la voz médico-empática, E responde directa y afirmativamente.

Este intercambio resulta ser un buen ejemplo de que, a pesar de la posición asimétrica socialmente otorgada a cada una de las interlocutoras, las estrategias de cortesía desarrolladas al inicio de los turnos, les permiten a ambas mantener la dinámica de la interacción.

2.2. Marcadores del desarrollo del contenido del turno

2.2.1. Marcadores del desarrollo del turno usados por la profesional

Ya hemos observado que en el cumplimiento de la voz médico-empática y educativo-empática, a la profesional le interesa que la paciente, en primer lugar, entienda bien las preguntas y que, posteriormente, comprenda el sentido del tratamiento que se le propone. Para su logro, la voz médico-empática ha debido usar estrategias de cortesía negativa, tales como, "preguntar y no ser asertiva", mientras que la voz educativa ha debido "minimizar la imposición" y "mostrar deferencia", así como también "plantear abiertamente la compensación a la imagen negativa" de la paciente. Dentro de esa misma línea se observa el uso de marcadores del desarrollo del turno. Como se puede observar (Cuadro 3), los marcadores allí presentados tienen distintos contenidos relacionales. Sin embargo, la función cohesionadora de los marcadores usados no se puede separar del desarrollo de la secuencia interactiva, puesto que en el contexto del acto dialógico, estos constituyen instrucciones para elicitación de información de parte de la paciente, en el caso de la voz médico-empática, y de lograr que esta comprenda a cabalidad el discurso de la voz educativa a fin de negociar la aceptación de seguir el tratamiento.

En el Cuadro 3, observamos que las proporciones de uso recaen mayoritariamente en 'y' o 'y también', para integrar el contenido tanto formulativo de la voz médico-empática como en el contenido argumentativo de la voz educativo-empática (.33), como se observa en los tres turnos de la voz educativo-empática en el extracto (15): "(...) , y a lo mejor (...)", "(...) a lo mejor tomas fuerza y puedes (...)", "(...) es importante tomar decisiones y (...)", "(...) y, hay decisiones (...)". "Y, ¿quién sabe? (...)". El extracto (18) ejemplifica el uso de 'y también'.

Cuadro 3. Marcadores del desarrollo del turno usados por la profesional.
(n = frecuencia; p = proporciones)

Funciones discursivo-pragmáticas	Marcadores	n	p
Integrar el contenido enunciativo de las voces médico-empática y educativo-empática.	Y (también)	10	.33
Persuadir a la voz informativa a aceptar el tratamiento de la voz educativo-empática.	Entonces	6	.20
Justificar lo enunciado por parte de la voz educativo-empática.	Porque	2	.07
Precisar o aclarar contenidos por parte de las voces médico-empática y/o educativo-empática.	O sea	4	.13
Ordenar el discurso de la voz educativo-empática.	Después	1	.03
	Ahí	1	.03
	Por último	1	.03
Introducir argumentación y/o negociación por parte de la voz médico-empática.	Pero	1	.03
Cortar para dar un giro y proseguir con el discurso médico-educativo-empático.	Ya (poh)	2	.07
	Ahora	2	.07

- (15) P: Tú sabes que quieres irte a Santiago, *porque* sabes que vas a estar más tranquila; y, a lo mejor vas a poder pensar más, quien sabe, a lo mejor encuentras trabajo allá, quizás.
E: Sí.
P: O, *por último*, a lo mejor tomas fuerza y, puedes después venir a tomar decisiones acá. *O sea*, es importante tomar decisiones y, hay decisiones que se toman para siempre y, hay decisiones que se toman en forma temporal. Toma ese viaje como algo temporal.
E: Ya.
P: Tómalo así, ¿ya?... Y, ¿quién sabe?, a lo mejor te quedas, a lo mejor te sientes mejor (...).
E: Sí.

El segundo uso más frecuente es 'entonces' (.20), marcador con contenido relacional de conclusión y continuidad en la secuencia discursiva. Sin embargo, la multifuncionalidad de este marcador que, sin perder su contenido primario de temporalidad, es usado con distintos propósitos comunicativos (Poblete, 1998), aquí ha sido usado por la voz educativo-empática para mostrarle a la paciente que ese, y no otro, es el "tratamiento" que debe seguir para obtener resultados favorables para ella, como se puede observar en el extracto (16); es decir, la voz educativo-empática intenta "llevar" a la paciente "a la reflexión" y de ese modo compensar su imagen negativa, lo que constituye una estrategia de cortesía positiva.

- (16) P: Total ya estás arreglando lo otro, estás arreglando la situación de tus otros hijos.
También vas a arreglar la cosa de tu mediagua. *Ya, entonces*, es cosa importante que tomes ahora el rumbo de tu vida.

E: Sí.

El tercer marcador más usado es 'o sea' (.13), al cual se le ha reconocido su participación interactiva con distintas funciones pragmático-discursivas y como intensificador en el uso de jóvenes chilenos (Montecinos, 2005). En el extracto (17), que se muestra a continuación, se observa su uso en los dos turnos de P. En el primero, la voz médico-empática usa 'o sea' para mostrarle a la voz informativa que ha llegado a una conclusión respecto a lo que esta le había manifestado en un turno anterior; y, además, el marcador está indicándole a la voz informativa que la voz médica puede estar o no estar en lo cierto, esperando una reacción en ese sentido. En el segundo turno, queremos destacar el valor elíptico del marcador, valor otorgado por el contexto que se produce con el enunciado que lo precede "Decisión tuya" y la pregunta que lo sigue: "¿Te das cuenta que (...)?" . Estos enunciados le permiten a la interlocutora reponer el contenido elíptico de 'o sea', es decir, 'estás tomando decisiones'. Al respecto Briz (2001) señalaba que los enunciados aparentemente truncos se vinculan frecuentemente a la actividad interactiva-argumentativa y que actúan como refuerzos de argumentos o conclusiones.

- (17) P: ¡Ah, *ya!* O sea que eso fue cosa de tu mamá.

E: No. Ahí, esa decisión la tomé yo.

P: Decisión tuya, o sea... ¿Te das cuenta que estás tomando decisiones?

Hay otros marcadores conversacionales usados en menor frecuencia por P, pero cuyo uso refuerza las inferencias que hasta aquí hemos hecho. Algunos de ellos ocurren en los extractos de conversación seleccionados ya citados y los que siguen a continuación. Si volvemos al intercambio en (17), observamos el uso de 'ya' (.07), que no tiene la función de mostrar acuerdo o aceptación de lo que ha expresado la voz informativa, como lo determinamos con respecto a su uso al inicio del turno en la sección anterior. En él 'ya' se usa para anunciar una conclusión a la que la voz médico-empática ha llegado, la cual resultó ser una hipótesis falsa, como lo determina la respuesta negativa de la voz informativa: "No. Ahí la decisión la tomé yo". También funciona como una pausa "verbalizada", puesto que establece un corte entre lo que se dijo y lo que se va a agregar como se ve también en el extracto (16) "*Ya, entonces (...)*", donde el marcador que lo sigue, 'entonces', estaría validando la afirmación de que 'ya' representa el corte antes de proseguir, hecho que ocurre también en el extracto (19), donde 'ya' va seguido de 'poh' para indicarle a la voz informativa que hasta ahí llega la entrevista de ese día, validada esta inferencia por el hecho de que luego le anuncia que la va a citar para una fecha que fijarán de común acuerdo.

Con el mismo valor discursivo de 'ya', se constata la ocurrencia de 'ahora' (.07), en el extracto (18), donde además este último marcador tiene la función de ayudarle a la voz médico-empática a recapitular.

- (18) P: Yo de todas maneras te voy a citar nuevamente para ver cómo va la parte legal de tu hijo, y *también* para ver si acaso tomaste la decisión o no. *Ahora*, de irte a Santiago, ¿cuándo crees tú que podría ser?
E: Llegando mi mamá, como le digo mi mamá.

Otro marcador que aparece en el intercambio (15) y en el (19), es 'porque' (.07), que en el primer caso le sirve a la voz educativa-empática para 'apelar a la reflexión' de E, sin que se pierda el significado primario, de introducir una justificación, del marcador 'porque'. Tanto 'apelar a la reflexión' como 'dar justificación' corresponden a estrategias de cortesía positiva, usadas por la profesional en cumplimiento de la voz educativo-empática para lograr sus objetivos profesionales, lo que, al mismo tiempo, revela el grado de acercamiento logrado por la profesional durante la interacción. Si observamos el ejemplo (19), se ratifica un hecho ya señalado en la discusión de los marcadores de inicio de turno de la profesional, ya que 'porque' es usado por la voz médico-empática para colaborar con el discurso de la voz informativa, al tiempo que le "demuestra acuerdo" y "justifica" el contenido informativo de E, cuando dice: "porque va a salir muy caro".

- (19) P: ¿Después del nueve?
E: Sí, mi mamá me dijo que el nueve se pagaba (...) porque eso es por kilo que cobran cuestiones en los buses (...), y no va poder traer todo con un sueldo.
P: No, *porque* va a salir muy caro. *Ya poh*, yo te voy a citar (...).

2.2.2. Marcadores del desarrollo del turno usados por la paciente

La cantidad y variedad de marcadores conversacionales usados por la paciente se debe a que su voz informativa tuvo turnos de conversación de mayor duración que las voces médico-empática y educativo-empática, lo que permitió una clasificación más detallada (Cuadro 4). Una proporción de (.82) de los marcadores corresponde a aquellos usados primariamente para relacionar, cohesionar la entrega informativa; en contraste con una proporción de (.25) constituida por aquellos de contenido modal que enfatizan o intensifican, refuerzan y también desenfatan o minimizan el acto ilocutivo de la emisión. El tercer grupo estuvo constituido por aquellos destinados a apelar a la solidaridad de las voces médico-empática y educativo-empática (.06), incluyendo otra función, la de concitar la atención y/o desafiar al interlocutor dentro de la narración de hechos, es decir, en referencia a otras voces que aparecen en el relato de la voz informativa.

Cuadro 4. Marcadores del desarrollo del contenido de los turnos de la paciente.
(n = frecuencia; p = proporción)

Funciones discursivo/pragmáticas	Marcador	n	p
Relacionar:			
Integrar y agregar información para hacerla más comprensible a las voces médico-empática y educativo-empática.	Y	56	.31
Ordenar la secuencia informativa y/o el relato para ser mejor comprendida por las voces médico-empática y educativo-empática.	Y ahora	5	.03
	Y bueno	2	.01
	Ahí	10	.06
	De ahí	4	.02
	Ya después	1	.01
	Entonces	45	.25
Apoyar justificaciones y explicaciones en respuesta a la voz médico-empática o educativo-empática.	Porque	24	.13
Introducir y mantener argumentación por parte de la voz informativa.	Pero	24	.11
Precisar información para responder a las voces médico-empática y educativo-empática.	O sea	4	.02
Introducir una conclusión justificando su entrega de información.	Así que	3	.01
Total		178	
Modalizar:			
Enfatizar el contenido temático de los enunciados a los que preceden, en la voz informativa.	Por último	2	.08
	Incluso	4	.17
	Aún	1	.04
	Hasta	1	.04
	Realmente	1	.04
Reforzar el contenido de lo que expresa la voz informativa.	Como lo digo	1	.04
	Como se dice	1	.04
	Digo yo	1	.04
	No más	3	.12
	Poh	3	.12
Desenfatizar para no comprometerse con la respuesta que le entrega a las voces médico-empática y educativo-empática.	No sé	8	.32
Total		25	
Apelar:			
Solicitar actitud solidaria de parte de la voz educativo-empática.	Sabe	2	.13
	Mire	1	.06
Concitar atención y/o desafiar al interlocutor dentro de la narración de hechos. (En referencias a otras voces que aparecen en el relato de la voz informativa).	Sabes	4	.27
	Mira	7	.28
Apelar para establecer suspenso sobre lo que va a decir.	A ver	1	.06
Total		15	

Al igual que en el discurso de la profesional de la salud, el marcador conversacional con más ocurrencias de uso resultó ser 'y' (.31), utilizado por la voz informativa para integrar y agregar información de manera de hacerla más comprensible a los requerimientos de las voces médico-empática y educativo-empática, es decir, entregar información de buena calidad para "colmar los deseos" de quien la interpela (Brown & Levinson, 1987), lo que revela una estrategia de cortesía positiva de la voz informativa y la aceptación de la imagen positiva de la que goza la profesional. Siguiendo esa línea, nos podemos referir al uso de todos los marcadores del tipo relacionantes, los cuales varían solo en su contenido relacional, pero obedecen a la misma estrategia de cortesía ya señalada. De entre ellos el segundo más usado fue 'entonces' (.25), para ordenar la secuencia informativa o el relato, seguido de 'porque' (.13), el cual es usado por la voz informativa para apoyar justificaciones y explicaciones referidas al contenido temático-informativo de su discurso durante el desarrollo de sus turnos. El cuarto marcador en proporción de uso resultó ser 'pero' (.11), usado para introducir y mantener la argumentación por parte de la voz informativa.

Los extractos que vienen a continuación sirven de ejemplo para evidenciar los diferentes usos a que nos hemos referido:

Ejemplo 1. Relacionar

(20) P: Cuéntame un poquito, Verónica, ¿Alejandra es mayor o Miguel Ángel?

E: No, la Alejandra y, *de ahí* viene el Miguel Ángel.

P: ¿Y, después viene Jaime?

E: Sí... y *ahí* cuando yo conocí a los... a los 17 años yo conocía ya ese joven, el papá de mi último hijo, y a los 18 años ya empecé a estar con él, *porque* ya estaba embarazada del papá de mis dos hijos mayores; me dejó (...) se fueron a Santiago, y se casaron. *Entonces* yo quedé sola con mi hijo, ya tenía a mi hija pero a mi hija se la entregué a mi mamá, que ella la criara, y *ahí* cuando conocí al papá de mi último hijo, *ahí* me empecé a tomarme a la fuerza, a maltratarme, me pegaba, iba cura(d)o, tanto cura(d)o como droga(d)o, *porque* también se drogaba y hacía de mí afuera de la calle, en el patio o entraba por la ventana, quebraba el vidrio o golpeaba la puerta y entraba a la fuerza y hacía de mí como quería.

Las estrategias de la voz informativa permiten a la paciente darse a entender y satisfacer las demandas de la voz médico-empática en la etapa de la entrevista donde esta última trata de recabar la información que necesita para hacer el diagnóstico y posterior tratamiento. En el extracto (20), la voz informativa utiliza siete veces (7) el conector pragmático 'y', solo o seguido de 'de ahí' o 'ahí', recurso con el que integra el contenido de su relato añadiendo y ordenando su discurso. También usa 'entonces' para integrar sus enunciados y ordenar su entrega informativa; este marcador conlleva en este caso específico un valor discursivo de

causalidad ('entonces' equivale a decir, 'por esa razón o causa'). El uso de 'porque' se debe a que la voz informativa agrega una razón que aclare o explique lo que ha afirmado anteriormente, cuando dice "droga(d)o"; en su afán por entregar información de buena calidad, "introduce razones" o "explicaciones" con el marcador de causalidad: "(...) *porque* también se drogaba (...)" Estos últimos dos marcadores son usados también en el extracto siguiente, además de 'pero'.

(21) P: ¿En ese tiempo tú seguías viviendo con tus...?

E: Con mi papá (...) *porque* mi mamá en ese tiempo como yo ya quedé por segunda vez embarazada, no quería nada conmigo, *entonces*, yo me fui con mi papá. *Pero* no... pensé que iba a ser mejor mi papá que mi mamá en el sentido que mi papá me abrió las puertas para tenerme con mi hijo, *pero* no pensé de que iba a ser tan... malo mi papá conmigo, en el aspecto que me acosaba hasta que yo le pegara a mi hijo que... con más que no quería que ni respirara *porque hasta* el pan le negaba.

La pregunta de la voz médico-empática es interrumpida por la pronta respuesta de la voz informativa, lo que constituye la estrategia de cortesía positiva de esta última, y anteriormente señalada: "colmar los deseos de información de la voz médico-empática" antes que esta termine siquiera de formularlos. En cuanto al uso de 'pero', la voz informativa lo utiliza para argumentar sus motivos por haberse ido a vivir con su papá. Deja un enunciado inconcluso: "*Pero* no...", que retoma más tarde cuando dice: " (...) *pero* no pensé que iba a ser tan malo mi papá conmigo, (...)". La interrupción y luego la retoma de la idea que está desarrollando, revelan el grado de conciencia que ella tiene con respecto a su responsabilidad en la construcción de su discurso y, en su esfuerzo por hacerlo más claro a la voz médico-empática o educativo-empática según fuera el caso.

Ejemplo 2. Modalizar

Los siguientes tres extractos son ejemplos del uso de marcadores usados para intensificar y enfatizar el contenido de los enunciados. En el extracto (22), 'realmente' (.04) es usado por la voz informativa como un modalizador de certeza que revela no solo la subjetividad de la paciente, sino también el deseo de que su información sea considerada como verdadera, cierta. Luego, el uso de 'incluso' (.17), en el intercambio (23), pretende intensificar lo expresado, al igual que 'por último' (.08) en el extracto (24). Los tres siguientes ejemplos son reveladores del *modus del dictum*.

(22) E: (...) él se fue para allá a conocer a su hijo y, *realmente*, yo no quise nada con él (...).

(23) P: ¿Tu hijo Jaime?

E: No, el Miguel Ángel, vio como me maltrataba, todo lo malo que hacía conmigo, *incluso* cuando yo trabajaba a veces (...).

- (24) E: (...) pero a él le decía que nunca más me levante la mano o me toque una hebra (...) *porque* si él volvía a ver que me llegaba a levantar la mano o me llegaba a insulta(r)me, *por último*, a insulta(r)me, él iba a proceder de la misma manera o si no lo mataba al tiro.

También se observaron marcadores que modalizan para desenfatizar, para no comprometerse con lo que dicen o señalar inseguridad respecto a lo que se señala, siendo esto solamente la modalidad que se le quiso dar al enunciado. En este caso la voz informativa lo usa en el siguiente extracto:

- (25) P: ¿Qué sientes por él?

E: *No sé*, a veces cuando... *no sé*... por lo menos yo ayer cuando estuve sola, porque mi hijo como no ha ido a dormir conmigo, el menor, estoy ahí pienso yo, *no sé* de repente *digo yo*, me siento sola, de repente lo echo de menos.

El uso del marcador de modalidad 'no sé' (.32) ya ha sido discutido en su uso al inicio del turno de la voz informativa en la sección anterior. Se puede agregar que se utiliza, además, para marcar cortesía encubierta, dado que la voz informativa quiere "ser intencionalmente ambigua" a fin de preservar su imagen negativa. En (25), esta estrategia está apoyada por la expresión 'digo yo', que proviene de una razón modal de actitud subjetiva: la inseguridad en el hablar que hace frecuente la utilización de elementos referidos a 'esa es mi opinión' (Fuentes, 1996).

Ejemplo 3. Apelar

Con respecto al tercer grupo, los marcadores conversacionales de función discursivo-pragmática de apelar al interlocutor, llamados también enfocadores de alteridad (Martín & Portolés, 1999), encontramos los vocablos '¿sabe?' y 'mire', que la voz informativa utiliza como estrategia para obtener solidaridad de parte de la voz médico-empática, como vemos en los siguientes dos extractos:

- (26) E: (...) he sabido por mi cuña(d)o que quiere volver de nuevo a la casa porque... ¿*sabe?* que ahí está durmiendo en un sillón. No es lo mismo como en su casa.

- (27) E: Es que *mire*, yo, ese día yo hablé con él cuando fue a bañarse, hablé con él. Le dije: '*Mira*, siéntate, quiero hablar contigo y, a ver qué decides'. Le dije: '*¡Mira*, ya pa(ra) empezar, si tú vuelves, tú me dejas de tomar el fin de semana, no me importa que vayas a la cancha, pero tú cura(d)o no llegas ahora!'

En la segunda parte de este último turno nos encontramos con el uso de 'mira' y 'a ver', que no pertenecen a esta interacción, sino a voces del discurso referido. Sin embargo, vale la pena mencionarlo porque se puede apreciar cómo el mismo vocablo al suceder en otro contexto cambia su valor discursivo. En el contexto del discurso referido, la misma persona apela a su interlocutor, no para pedir solidaridad sino para concitar su atención y desafiarlo: "*Mira*, siéntate (...)", "*¡Mira*, ya pa(ra) empezar (...)".

CONCLUSIONES

El análisis nos permitió entregar evidencia del rol de los marcadores discursivo-conversacionales en la cortesía y la modalidad de los enunciados emitidos por la profesional médica y la paciente en la entrevista clínica analizada. Los resultados demuestran que las funciones pragmático-discursivas de los marcadores están estrechamente ligadas a la dinámica de la interacción y, por ende, a las estrategias de cortesía. Asimismo, a la modalidad que cada una de las interactantes le asigna a ciertos enunciados con una intención mutua de cooperación para llevar a cabo con éxito el objetivo del encuentro comunicativo. Todo esto se desprende de las funciones que se describen en los Cuadros 1-4 y, en las estrategias de cortesía que se observaron. Mientras la profesional, en cumplimiento de las voces médico-empática y educativa-empática, (1) hizo preguntas y no fue asertiva; (2) minimizó la imposición y fue deferente con la paciente; (3) planteó abiertamente la compensación a la imagen negativa de la paciente; (4) llevó a la paciente a la reflexión y le otorgó justificaciones y le demostró acuerdo; la paciente, en su voz informativa le respondió (1) entregando información de buena calidad con lo cual colmó los deseos de la profesional de recabar información para establecer el diagnóstico y posterior tratamiento; (2) le dio razones o explicaciones; y (3) en su voz de acuerdo, demostró aceptación y acuerdo con lo propuesto por la voz educativo-empática.

Los marcadores conversacionales usados por las interlocutoras en esta entrevista, así como las funciones discursivo-pragmáticas con que fueron usados por ellas, están condicionados por el contexto de ocurrencia, es decir, al inicio o en el desarrollo del turno y por los roles de ambas interlocutoras en la entrevista. El marcador más usado por la entrevistadora al inicio del turno fue '¿y?' (.41), con la función de "alentar e inducir la entrega de información e integrar las intervenciones de la entrevistada". En esta función, '¿y?' resultó ser de uso exclusivo de la entrevistadora en cumplimiento de la voz médico-empática, y como resultado de su posición de poder que le permitió controlar la temática de la interacción. Desde la voz informativa de la paciente, surge 'entonces' (.28), con la función de retomar y continuar con la entrega de la información solicitada. El segundo marcador más usado por la entrevistadora al inicio del turno fue 'pero' (.15), con la función de introducir una contra-argumentación y/o negociación. 'Pero' tampoco fue usado por la paciente con esta función y en este contexto, lo que indica que

su uso también está condicionado por la posición de esta última, puesto que no inició ningún turno, contra-argumentando u objetando a la entrevistadora. Muy por el contrario, la paciente entrevistada responde con el marcador 'porque' (.22) con la función de dar explicaciones o justificar su contenido informativo, además del marcado 'ya' (.27), de acuerdo o aceptación de las proposiciones de la voz educativa-empática. Esta proporción del uso del marcador 'ya' contrasta con la proporción de uso que de él hace la entrevistadora (.09) en la voz médico-empática, con la función de aceptación empática. En otras palabras, el marcador 'ya' al inicio del turno de la entrevistada y el 'ya' al inicio del turno de la entrevistadora obedecen a estrategias de cortesía diferentes. En el primer caso, "colmar los deseos de la interlocutora", y en el segundo, "mostrar deferencia". Esta tensión entre poder y solidaridad por parte de la entrevistadora, y aceptación por parte de la entrevistada se refleja en que (.64) de los marcadores de inicio que ocurren en la entrevista provengan de las voces médico-empática y educativo-empática, en contraste con (.36) proveniente de la voz informativa. Por tanto podemos inferir que el control de la entrevista está relacionado con el contexto de inicio del turno y con el mayor porcentaje de usos de marcadores conversacionales de inicio (Cuadros 1 y 2).

En cuanto al uso de los marcadores en el desarrollo del turno, se observó que tanto las voces médico-empática y educativo-empática, como la voz informativa favorecieron el uso del conector 'y' para integrar o añadir información (.33) y (.31) respectivamente. El segundo marcador más usado resultó ser 'entonces' (.25) por parte de la voz informativa y (.20) por parte de la voz médica. Sin embargo, esta marca discursiva fue usada con funciones discursivo-pragmáticas distintas por ambas interlocutoras. Mientras la voz educativo-empática hizo uso de 'entonces' con contenido relacional de conclusión y continuidad para persuadir a la paciente en su voz informativa a aceptar el tratamiento a seguir, esta última lo utilizó para ordenar su entrega informativa. Esto lleva a que se despliegue, por un lado, la multifuncionalidad de los marcadores, como en el caso de 'entonces', ya comentado en 3.2.1; y, por otro lado, estrategias de cortesía coherentes con el rol de cada participante. En el caso de la voz informativa, para "colmar satisfactoriamente las demandas" de quien controla la interacción; y, en el caso de la profesional, "llevar" a la entrevistada "a la reflexión", cumpliendo con los propósitos de la voz médico y educativo-empática.

De la totalidad de marcadores de desarrollo de turno usados por las participantes, (.12) provienen de las voces médico-empática y educativo-empática de la profesional, lo que contrasta con el (.88) proveniente de las voces informativa y de acuerdo de la paciente. Esto es el resultado de que la entrevistada, para poder satisfacer la demanda informativa de la entrevistadora, tuvo la oportunidad de tener turnos más largos, en los cuales debió hacer uso de una variedad mayor de marcas conversacionales por diferentes razones: ordenar su discurso; establecer la modalidad de sus enunciados (enfaticando/intensificando, reforzando y mostrando reserva o cautela); y, en ocasiones, para apelar a la solidaridad de la entrevistadora. Todo lo anterior

deja nuevamente en evidencia que las funciones de uso están condicionadas por el contexto de ocurrencia dentro de la interacción y de los roles de las participantes.

Estos resultados nos permitirán avanzar en el análisis de las restantes entrevistas, validar y/o hacer más precisiones respecto de lo que aquí se ha presentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Briz, A. (2001). *El español coloquial en la conversación. Esbozo de pragmagramática*. Barcelona: Ariel.
- Brown, P. & Levinson, S. (1987). *Politeness. Some universals of language use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Calsamiglia, H. & Tusón, A. (1999). *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.
- Cepeda, G. (2005a). Estrategias de cortesía verbal en una entrevista clínica. En M. Pilleux (Ed.), *Contextos del discurso* (pp. 45-54). Santiago de Chile: Frasis.
- Cepeda, G. (2005b). Cortesía, imagen social y aceptación del mensaje terapéutico. En D. Bravo (Ed.), *Estudios de la (des)cortesía en español. Categorías conceptuales y aplicaciones a corpus orales y escritos* (pp. 161-185). Buenos Aires: Programa EDICE-Editorial DUNKEN.
- Cepeda, G., Khebian, M., Miranda, J. & Brain, A. (1988). *El habla de Valdivia urbano: Primera etapa de una investigación*. Valdivia: Fondecyt, Universidad Austral de Chile.
- Cepeda, G. & Poblete, M.T. (1996). Los marcadores conversacionales: Funciones pragmáticas y expresivas. *Estudios Filológicos*, 30, 107-128.
- Cots, J. (1998). *Teaching by chatting. A pragmatic analysis of instructor-student conversations at an American university*. Lérida: Ediciones de la Universidad de Lérida.
- Fuentes, C. (1996). *La sintaxis de los relacionantes supraoracionales*. Madrid: Arco/libros S.L.
- Grice, P. (1975). Lógica y conversación. En L. Valdés (Ed.), *La búsqueda del significado* (pp. 524-543). Madrid: Universidad de Murcia.
- Iglesias, S. (2001). Los estudios de la cortesía en el mundo hispánico. Estado de la cuestión. *Oralía 4. Análisis del Discurso Oral*, 245-298.
- Leech, G. (1983). *Principios de pragmática*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- Martín, M. & Portolés, J. (1999). Los marcadores del discurso. En I. Bosque & V. Demonte (Coords.), *Gramática descriptiva de la lengua española* (pp. 4051-4213). Madrid: Espasa-Calpe.
- Montecinos, L. (2005). Los intensificadores: Una estrategia discursiva en la gestión conversacional de jóvenes chilenos: ¿Cachai? En M. Pilleux (Ed.), *Contextos del discurso* (pp. 199-206). Santiago de Chile: Frasis.
- Poblete, M.T. (1997). Los marcadores discursivo-conversacionales en la construcción del texto oral. *Onomazein* 2, 67-81.

Poblete, M.T. (1998). Los marcadores discursivo-conversacionales de más alta frecuencia en el español de Valdivia, Chile. *Estudios Filológicos*, 33, 93-103.

Searle, J. (1969). *Speech acts*. Cambridge: Cambridge University Press.

NOTA

- ¹ Resultados parciales de los Proyectos de Investigación S-2002-37 patrocinado y financiado por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile; y Proyecto N° 000406 patrocinado y financiado por la Dirección de Investigación de la Universidad de Los Lagos.

