



Estudios Filológicos

ISSN: 0071-1713

efil@uach.cl

Universidad Austral de Chile

Chile

Cepeda, Gladys

La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal

Estudios Filológicos, núm. 41, septiembre, 2006, pp. 55-69

Universidad Austral de Chile

Valdivia, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173414185005>

- 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

 Inicio Web Revistas  Web Biblioteca  Contacto

Revistas Electrónicas UACH

Sistema de Bibliotecas UACH





Artículos  Búsqueda artículos

Tabla de contenido Anterior Próximo Autor Materia Búsqueda Inicio Lista



Estudios filológicos

ISSN 0071-1713 *versión impresa*

-  Como citar este artículo
-  Agregar a favoritos
-  Enviar a e-mail
-  Imprimir HTML

Estud. filol. n.41 Valdivia sep. 2006

ESTUDIOS FILOLOGICOS 41: 55-69, 2006

La voz empática médica y las estrategias de cortesía verbal ^{*}

The medical empathy voice and oral politeness strategies in a clinical interview

Gladys Cepeda

Universidad Austral de Chile, Instituto de Lingüística y Literatura. Chile. gcepeda@uach.cl

Dentro del enfoque teórico de la sociolingüística interaccional (Gumperz 1999) y en el marco de la teoría de la imagen y la cortesía verbal (Goffman 1967 y Brown y Levinson 1987), este trabajo analiza, en el contexto de la entrevista clínica, las estrategias de cortesía positiva y de cortesía negativa presentes en la voz empática del discurso de la profesional entrevistadora, a fin de preservar la imagen positiva y de proteger la imagen negativa de la paciente interlocutora.

Los resultados muestran que el rol médico de lograr una interacción participativa de parte de la paciente se alcanza por medio de estrategias de cortesía positiva y negativa, las que se expresan a través de la voz empática de la profesional. La cortesía positiva se observa a través del uso de la estructura de turnos, el modo subjuntivo, el tiempo pretérito imperfecto del verbo, las formas de tratamiento, y de adverbios y adjetivos modales. La cortesía negativa se observa a través del uso de actos de habla indirectos, verbos modales y modales marginales performativos, y de adverbios y adjetivos modales.

discurso.

Within the theoretical framework of interactional sociolinguistics (Gumperz 1999), face theory and politeness theory (Goffman 1967 and Brown and Levinson 1987), this paper analyzes the positive and negative face politeness strategies used in the discourse of the medical interviewer's empathy voice, so as to preserve the patient's positive face and protect this interlocutor's negative face.

The results show that the medical role of achieving the patient's participation during the clinical interview is reached by applying positive and negative politeness strategies expressed by his empathy voice. Positive politeness was marked by the control of turn taking, the use of the subjunctive mood, the imperfect past tense, address forms and modal adverbials and adjectives. Negative politeness was marked by the use of indirect speech acts, modal and performative marginal modal verbs as well as by modal adverbials and adjectives.

Key words: critical discourse analysis, oral politeness strategies, the voices of discourse.

1. Introducción

Un aspecto fundamental en la interacción conversacional es el logro de la interacción comunicativa del hablante. Con este propósito, los interactantes adoptan una diversidad de voces que aportan diferentes perspectivas con las que el hablante puede coincidir, aproximarse o distanciarse con el interlocutor (Calsamiglia y Tusón 1999:150). El éxito comunicativo funcional de las voces depende de la selección de formas lingüísticas que haga el hablante en la construcción de su texto, las que deberán estar en concordancia con el mantenimiento de la relación establecida con el interlocutor y su contexto situacional histórico-social, así como con la intención comunicativa misma del hablante (Cordella 1999, 2001).

En el contexto de una entrevista clínica, la intención comunicativa del profesional médico será el establecimiento de una buena relación con el paciente, una relación que posibilite aumentar las opciones de mejoramiento de la salud del paciente. Dentro del marco de esta premisa, este trabajo presenta un análisis crítico discursivo de entrevistas clínicas a mujeres bajo tratamiento en Centros Psicosociales de la ciudad de Valdivia, por razones de violencia familiar. Su propósito es identificar los marcadores modales verbales, adverbiales y adjetivos y las formas de tratamiento aplicados en las estrategias de cortesía positiva y negativa por parte de la profesional de la salud en estas entrevistas, para el logro persuasivo de la práctica discursiva de recuperación de las pacientes; es decir, identificar algunas de las formas lingüísticas del texto discursivo, dentro del proceso de selección que hace el hablante para una mejor manera de contribuir al objetivo de provocar en el interlocutor una reacción positiva (el acto 'alocucionario' de Haverkate 1994).

Toda interacción conversacional implica una imposición del hablante hacia el interlocutor oyente. La intención comunicativa del hablante de producir algún tipo de efecto en el interlocutor involucra una constante evaluación de la interacción verbal a fin de mantener las relaciones del hablante en la comunicación cara a cara con su interlocutor (Labov y Fanshel 1977: 59). La evaluación puede referirse tanto a nuestros sentimientos, nuestra visión de mundo así como al lenguaje que usamos para expresarla; también puede referirse al tipo de información que incluimos en el discurso (Grimes 1975: 61). En el proceso de convencimiento del oyente para lograr la intención comunicativa del hablante, este último busca por un lado suavizar su imposición, salvaguardando la imagen negativa del interlocutor de no ser impuesto, y por otro busca mantener la autoestima del interlocutor, salvaguardando su imagen positiva de ser aceptado por los demás. Basados en la teoría de la imagen postulada por Goffman (1959, 1967), Brown y Levinson (1987) establecen un sistema de estrategias de cortesía, cuyo propósito es mantener las formas socialmente aceptadas de expresión de

hablante.

El resultado de la aplicación de estas estrategias interactivas son actos de habla (indirectos) atenuados a través del uso de modalizadores tales como la marcación de modo (subjuntivo o potencial), tiempo verbal (pretérito imperfecto), el uso de adverbios (disjuntos y subjuntos) y adjetivos modales, así como las relaciones sociales de cercanía/solidaridad o de distancia/poder que se establecen por el uso de las formas de tratamiento durante la interacción hablante (profesional)/interlocutor (paciente).

Las estrategias de atenuación por cortesía negativa las constituyen las formas indirectas, como el uso del pretérito imperfecto, de verbos modales, del modo subjuntivo o potencial en reemplazo del modo imperativo para una orden, consejo, petición que apela a la imagen negativa (estrategias de cortesía negativa). Las formas directas como el uso de formas de tratamiento de segunda persona singular (*tú* y sus correlativos) o el uso del nombre de pila apelan a la imagen positiva del interlocutor (estrategias de cortesía positiva) a través del establecimiento de lazos de solidaridad, a la vez que conllevan un menor grado de cortesía. El mayor o menor grado de cortesía, se sitúa según el uso de mayor o menor atenuación a través de los modalizadores adverbiales y adjetivos. La selección de una estrategia de cortesía positiva o negativa, para conseguir los fines propuestos de la manera más eficaz posible, depende de la evaluación que realiza el hablante sobre el peso del componente de agresividad de su intención comunicativa (acto de habla), basándose en tres factores: su relación de poder jerárquico con el interlocutor, su relación de distancia/solidaridad para con él y el grado de imposición -costo-beneficio- de su intención, en el contexto situacional del evento comunicativo mismo (Iglesias 2001: 246-248).

Desde una perspectiva lingüístico-antropológica (Gumperz 1999), la lengua es un medio de interacción social donde los participantes utilizan inferencias y contexto para interpretar el evento comunicativo. Desde una perspectiva sociológica (Goffman 1967: 2), la interacción involucra una relación donde los participantes juegan determinados roles que cumplen determinadas funciones discursivas en el proceso de adaptación para alcanzar con éxito su meta comunicativa. En una entrevista clínica, Cordella (2002) identifica tres funciones o voces fundamentales en el discurso del profesional médico: la voz médica, la voz educadora y la voz empática. La voz médica tiene como función buscar información relevante sobre la condición de salud del paciente para llegar a un diagnóstico; la voz educadora explica el diagnóstico alcanzado en términos científicos y el tratamiento médico a seguir por el paciente; con la voz empática el profesional muestra empatía hacia el paciente, reconociendo su identidad social, y le ayuda a expresar sus opiniones, sentimientos e información que se le requiere.

Dentro de este marco teórico, el presente análisis busca identificar los marcadores lingüístico pragmáticos de las estrategias de cortesía positiva y negativa que la profesional de la salud utiliza en la construcción del texto discursivo de su voz empática.

2. Metodología

El corpus de análisis lo constituye el turno de la profesional de la salud en 17 entrevistas clínicas a mujeres en situación de desmedro de salud por haber experimentado maltrato intrafamiliar continuo. Las entrevistas, de 20 a 30 minutos de duración, fueron grabadas en boxes de atención de Centros Psicosociales de Valdivia, Chile, con la autorización de las pacientes.

La identificación de los marcadores modales incluyó un análisis estadístico inferencial del uso frecuencial: (1) el modo verbal¹ (indicativo, subjuntivo, imperativo, potencial); (2) las modalidades del enunciado en cuanto a (2.1) verbos modales y modales marginales (*poder, tener que, hay que, ir a, querer, creer, pensar* y otros), (2.2) adverbiales disjuntos² (enfanzadores, atenuadores, de manera, de punto de vista), (2.3) adverbiales subjuntos (enfanzadores, intensificadores, desenfanzadores, de foco restrictivo, de foco aditivo), (2.4) adjetivos valorativos, descriptivos, intensificadores, restrictivos); (3) las formas de tratamiento y de referencia; (4) el uso de los actos de habla en cuanto a su intención

En concordancia con lo propuesto por Cordella (2002), la función discursiva de las voces de la profesional médica se identificaron como médica, educativa y empática. En esta última se distinguió la voz empática médica y empática educativa, según la voz empática respaldara la función de la voz médica o de la voz educativa. Las voces fueron cruzadas con las frecuencias de uso de las marcaciones modales para establecer su prioridad de uso y se interpretaron como usos de estrategias de cortesía positiva o negativa.

Los usos considerados contrastivos fueron aquellos de una significación estadística mayor de al menos un 5%, calculada por medio de la aplicación de un test de docimacia z^3 .

3. Resultados

3.1. Actos de habla. De un corpus total de 3.013 actos de habla, los resultados (tabla 1) muestran que la intención comunicativa de la profesional de la salud es, por un lado, obtener información a través de su voz médica por medio de actos de habla de solicitud de información (.84), y por otro lado, proveer información a la paciente a través de su voz educativa y por medio de actos de habla de informar (.61). La función empática de acercamiento a la paciente, para motivar su participación en el proceso de entrega de información que le solicita la voz médica (ejemplo 1) y de aceptación del diagnóstico y tratamiento que le explica la voz educativa (ejemplo 2), se refleja en el mayor uso de actos de habla de afirmar, confirmar, repetir información (.72) y de expresar sentir, opinar, felicitar (.71) que muestra la voz empática médica (ejemplos 2 y 3).

Tabla 1
Frecuencia de uso de actos de habla, según las voces de la entrevistadora
(n = número de casos; p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Solicitar información		Informar		Afirmar, confirmar, repetir información		Expresar sentir, opinar, felicitar		Llamar la atención de parte del oyente	
	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p
Empática médica	27 14	.04 .02	90 58	.10 .06	205 58	.72 .20	24	.71	1	.14
Empática educativa	637 76	.84 .10	218 568	.23 .61	10 13	.03 .05	10	.29	3 3	.43 .43
Médica										
Educativa										
Total n 2013	752	(.37)	934	(.46)	286	(.14)	34	(.02)	7	.00

Ejemplo 1. Solicitud de información. Voz médica (Entrevista 15).

1.1. "¿Pero **tus papás bebían**? ¿**Tomaban** mucho?"

1.2. "Y cuando **quiso matarte**, eso fue... ¿**Estaba** con trago o sana?"

Ejemplo 2. Afirmar, confirmar, repetir información: voz empática médica (Entrevista 8)

de alta. Pero pedí hablar con ella y ella..."

Profesional: Ya, y eso **te** ayudó un poquito ya.

Ejemplo 3. Expresar sentir, opinar, felicitar: voz empática médica (Entrevista 8).

Profesional: "¿Y **tú te** sentías querida por él también?"

Paciente: "No, nunca. Él era, él había teni'o una polola, la que había sufrí'o mucho. Él la dejó ella; la dejó por otra. Entonces él se..."

Profesional: "Estaba con sus dramas también."

Paciente: "Claro. Entonces empezó a pololear conmigo como para olvidarse de la otra niña y... Y por eso, después..."

Profesional: "Pero eso **tú** lo sabías y **tú** lo sentías también".

Paciente: "Sí lo sabía, pero no me importaba; o sea, en ese tiempo."

Profesional: "**Tú** tenías la esperanza de que lo podías conquistar".

Es decir, hay una intención comunicativa de demostrar atención al desarrollo del discurso de la paciente, de expresar acuerdo y sentir en relación a él y a los sentimientos y experiencias expresadas por la paciente, regida por estrategias de solidaridad de cortesía positiva. La voz empática educativa (ejemplo 4), en contraste negativo con las otras tres voces de la profesional, no muestra usos frecuenciales altos en ninguno de los tipos de actos de habla indentificados ([tabla 1](#)), lo que la separa como una función de características distintas a la de las otras voces, y por lo tanto más neutra en cuanto a su intención comunicativa.

Ejemplo 4. Informar. Voz educativa y voz empática educativa (Entrevista 15).

"...entonces **yo quiero** que evalúes **Irene**, qué es lo que *quieres* hacer. Nosotros aquí **te vamos a** apoyar en todo lo que **tú** quieras; si necesitas informes en tribunales, si necesitas algún otro antecedente. Porque acá estás corriendo riesgo **igual**. O sea, hay violencia psicológica, pero nadie *sabe* en **qué** momento va a volver a haber violencia física. La violencia psicológica **también** *va desgastando, va dañando*. **Incluso** muchas personas *dicen* que es mucho más, eh..., sofocante, angustiante que la violencia física..."

3.2. Formas de tratamiento. En concordancia con la literatura sobre formas de tratamiento, los resultados proveen evidencia de que las referencias que emplea la profesional son pronominales, morfemas verbales y sintagmas nominales. La [tabla 2](#) muestra que en su función empática médica es más frecuente el uso referencial de la paciente, por medio del sujeto pronominal informal de segunda persona singular *tú* más verbo de igual marcación (.18) y del sujeto tácito más morfema verbal de igual persona y número (.30), (ejemplos 1, 2, 3). En la voz empática educativa, en cambio, es más frecuente el uso de sintagmas nominales con determinantes posesivos de segunda persona singular (.40). Dentro de un uso de menor frecuencia, *usted* es contrastivamente mayor en la voz empática educativa (.05).

Es decir, la función de empatía se establece esencialmente por un acercamiento por solidaridad hacia la paciente interlocutora a través del uso de *tú*, de cortesía positiva, aunque indudablemente está traslapado por la situación de poder de la profesional entrevistadora, de mantención de la jerarquía social por este uso de *tú* no asimétrico, el que contrasta con la estrategia de cortesía negativa de la voz educativa a través del uso formal de *usted*, que implica reconocimiento de la identidad de la paciente como persona.

En contraste con las voces empáticas, que se concentran en la interlocutora, la voz médica ([tabla 3](#)) se concentra en la referencia personal de tercera persona, en especial *él*, el marido o pareja de la paciente, en oraciones con sujeto pronominal (.16) o de sujeto tácito (.26). En la voz educativa, por su parte, es más frecuente el uso de sujetos no personales explícitos (.14) o tácitos (.25): cláusulas o sintagmas nominales de referencia experiencial de la paciente, así como de formas impersonales de tercera persona (.03) y (.05) y sintagmas nominales con determinantes demostrativos de distancia *esa/e* (.11), además del uso de primera persona singular (.06) (ejemplo 5).

Tabla 2
Frecuencias de uso más alto de formas de tratamiento
según voces empáticas de la entrevistadora
(n = número de caso; p = proporción de uso).

Voces Empáticas	Tú+ V-s	Ud+ V	Uds.+ V-n	V-s (tú)	V (Ud.)	V-n (Uds.)	V- mos	Nom- brn	Te +V	Tu N(+V)	suN (+V)	Otros 2 ^{pers.} sing.
	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p
Médica Total n 685	123 .18	17 .02	11 .02	208 .30	23 .03	31 .05	12 .02	24 .04	96 .14	79 .12	7 .01	15 .02
Educativa Total n 589	85 .14	27 .05	2 .00	144 .24	24 .04	32 .02	12 .02	21 .02	83 .14	238 .40	16 .03	24 .04

Tabla 3
Frecuencia de uso más alto de formas de tratamiento según voz médica
y voz empática de la entrevistadora
(n = número de casos; p = proporción de uso).

Voces	Él+ V ella	Algo+ V	Eso+ V	V (él, ella)	V (algo)	Yo+V (yo)+V me+V	Ellos/as +V-n V-n (ellos/as)	Se+V	V(alguien V-n (impers)	Esa/su N (+V) N+V	Le+V (-n)/ V+le prep.+le
	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p	n p
Médica Total n 589	92 .16	53 .09	33 .06	156 .26	119 .20	18 .03	22 .04	2 .00	1 .00	46 .08	35 .06
Educativa Total n 686	69 .10	93 .14	41 .06	76 .11	173 .25	42 .06	31 .05	10 .01	19 .03	74 .11	36 .05

Ejemplo 5. Verbos modales y subjuntivo: voz empática educativa (Entrevista 4).

"Por eso, aparte, necesito que tú decidas, pero que él no te presione. Él puede con sus palabras bonitas...con todo eso puede, **de repente** querer presionar a que tú tomes una decisión y la decisión que él quiere que tomes.

Es decir, la selección lingüística de la profesional evidencia una intención comunicativa de objetividad de tercera persona, personal directa en la voz médica y de atenuación impersonal de cortesía negativa en la voz educativa. Del mismo modo, en la voz educativa la intención impositiva se evidencia a través del uso del *yo* explícito o tácito.

3.3. Modo, tiempo verbal y verbos modales. Los resultados de marcación de modo como actitud modal respecto al enunciado indican que mientras las voces médica, educativa y empática médica se concentran en la verbalización de su conocimiento experiencial, marcado a través del uso mayoritario del modo indicativo (.93 y .88), la voz empática educativa se concentra en el *yo* hablante, a través del uso del modo subjuntivo (.25) (tabla 4). Estos datos

producto de estrategias de cortesía negativa que suavizan y hacen su intención comunicativa de convencimiento menos impositiva para la paciente. Las otras voces, en cambio, son más directas, por lo tanto neutrales desde el punto de vista de la cortesía.

Tabla 4
Frecuencia de uso de marcación de modo según voces de la entrevistadora
(n = número de casos p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Modo								Total
	Indicativo		Subjuntivo		Potencial		Imperativo		
	n	p	n	p	n	p	n	p	
Empática médica	69	.88	3	.04	5	.06	1	.01	78
Empática educativa	60	.64	23	.25	2	.02	6	.07	91
Médica	25	.93					2	.07	27
Educativa	119	.88	8	.06			9	.07	136
Total	273	.82	34	.10	7	.02	18	.05	332

Esta situación de protección de la imagen negativa de la paciente interlocutora es confirmada por un alto uso frecuencial del tiempo verbal de pretérito imperfecto en la selección lingüística del texto discursivo de la voz empática educativa (.22 versus .06 y .05 en las voces médica y educativa). Este uso aumenta aún más en la voz empática médica (.65), donde se subsumen usos de cortesía y usos de expresión referencial de acciones habituales en el pasado (ejemplos 1.1 y 3). Es justamente la connotación de acción o estado sin un tiempo definido en el pasado la que permite atenuar la fuerza ilocutiva de los actos de habla en donde se le selecciona y que ubican este uso como una estrategia de cortesía negativa. En contraste, la voz médica (.32) y en especial la voz educativa (.68) presentan una alta proporción de uso del tiempo presente (ejemplos 4 y 5), que hace más inmediata y latente la connotación de objetividad experiencial del uso del modo indicativo ya mencionado para estas voces sin marcación de cortesía.

La marcación de modalidad verbal (tabla 5) de la profesional para expresar la probabilidad de la verdad de lo dicho muestra un uso proporcional mayor del verbo modal *poder* en sus connotaciones semánticas de 'posibilidad' (.41) y 'capacidad' (.34) en la voz empática educativa (ejemplo 5), indicando la aplicación de estrategias de cortesía negativa en la connotación de 'posibilidad', por atenuación de las sugerencias de cambio para el tratamiento médico que esta voz respalda, y de cortesía positiva en la connotación de 'capacidad' al reforzar el autoestima de la paciente en cuanto a sus capacidades personales de lograr los cambios que se le proponen. Sumado a estos usos de cortesía positiva, está el reforzamiento a través del uso del verbo marginal *querer* en su connotación de 'voluntad' o 'decisión' de hacer algo (ejemplo 4), uso que es compartido con la voz empática médica (.32). Esta última también presenta usos de mayor frecuencia del verbo *creer* (.45) en su connotación semántica de 'predicción', utilizado para la elicitación indirecta de la opinión y sentir de la paciente, por lo que se trata de una estrategia de cortesía negativa. Por contraste, la voz empática educativa usa *creer* (.31) como predicción alternativa de actos de aconsejar, instruir. Contrastivamente, la voz educativa enfatiza su intención impositiva directiva por un mayor uso del verbo modal *tener que* de connotación de 'obligación' (.87) (ejemplo 8.2) y de *ir a* (.55) como 'predicción', de mayor certeza que *creer*, *pensar*, *encontrar*, por una necesidad de ser descortés a fin de presionar para el logro de un mayor grado de cooperación por parte de la paciente y el cumplimiento de la meta comunicativa que la situación de habla conlleva: la recuperación de la salud de la paciente.

observa en el uso de adverbios y adjetivos modales.

Tabla 5
Frecuencia de uso de verbo modales; valor semántico según voces de la entrevistadora
(n= números de casos; p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Poder (Total n: 97)						Ir a (Total n: 101)				Creer	Pensar Encontrar	Querer	Tener que Hay que Deber				
	Posibilidad		Capacidad		Permiso	Predicción		Voluntad	Predicción	Predicción	Voluntad	Obligación						
	n	p	n	p		n	p		n	p	n	p	n	p				
Empática méd.	11	.24	4	.08		14	.17	7	.39	13	.45	8	.89	20	.32	1	.03	
Empática educ.	19	.41	17	.34		17	.21	7	.39	9	.31	1	.11	20	.32	2	.06	
Médica	2	.04	9	.18		7	.07	1	.06	1	.06			5	.08	1	.03	
Educativa	14	.30	20	.40	4	1.0	45	.55	3	.17	6	.21		17	.27	27	.87	
Total n: 332	46	(.14)	50	(.15)	4	(.01)	83	(.25)	18	(.05)	29	(.09)	9	(.03)	62	(.19)	31	(.09)

Tabla 6
Frecuencia de uso de adverbiales disjuntos modales, según voces de la entrevistadora
(n = número de casos; p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Disjuntos modales							
	De contenido				De estilo			
	Total n: 97 (.52)				Total n: 88 (.48)			
	Enfatizadores		Desenfatizadores		Manera		Punto de Vista	
	n	p	n	p	n	p	n	p
Empática médica	1	.02	15	.28	5	.38	14	.19
Empática educativa	7	.16	33	.61	4	.31	13	.17
Médica	7	.16			1	.08	6	.08
Educativa	28	.65	6	.11	3	.23	42	.56
Total n: 185	43	(.23)	54	(.30)	13	(.07)	75	(.44)

La [tabla 6](#) muestra que tanto la voz empática médica (.28) como la empática educativa (.61) se caracterizan por un mayor uso de disjuntos desenfatizadores de evaluación del contenido (ejemplo 6), el cual es mucho más alto, por lo tanto más importante para el logro de su intención comunicativa, en la voz empática educativa. Al atenuar la fuerza elocutiva del enunciado, se trata de una estrategia de cortesía negativa. En las voces empática médica (.19) y empática educativa (.17) también es importante la especificación del rango de verdad del discurso, marcado por el uso contrastivo de disjuntos de punto de vista, evaluador del estilo del lenguaje usado. Los disjuntos de punto de vista se muestran como aún de mayor frecuencia en la voz educativa (ejemplo 7 y 8.2), indicando que la profesional trata de ser lo más objetiva posible en la especificación de su discurso. Del mismo modo, al establecer que la verdad de lo dicho alcanza sólo un determinado ámbito, su uso implica un efecto atenuador, por lo que también estamos ante una estrategia de cortesía negativa, que disminuye el grado de imposición que el discurso de la profesional impone sobre la paciente para el logro de la recuperación de su salud.

Ejemplo 6. Disjuntos y subjuntos desenfatizadores: voz educativa empática (Entrevista 8).

forma escalada. A lo mejor, de primer, cuando te trataba mal y tú lo insultabas, era algo como leve. A lo mejor, no era tanto y después quedaban de buenas, se arreglaban como rápido. A lo mejor era así. Y ahora no..."

Ejemplo 7. Subjuntos de foco restrictivos, adjetivos valorativos: voz educativa (Entrevista 11^a).

"...Si tampoco hay cambios en la parte familiar. En esa situación, si ella estuviera haciendo una anorexia eh... La parte familiar es fundamental.... Ahora, también ella va a tener que tener ¿cierto?, sí en algún momento..."

El uso de los adverbiales subjuntos también muestra un uso proporcional más frecuente de desenfatizadores (ejemplo 6) en las voces empática médica (.34) y educativa (.43), de igual estrategia de cortesía negativa, en contraste con su uso en las voces médica y educativa (no empáticas). Subjuntos enfatizadores, intensificadores, de foco restrictivo y aditivo son significativamente más frecuentes en las voces médica y educativa ([tabla 7](#)), por un lado reforzando y por el otro restringiendo la probabilidad de la verdad del contenido discursivo y, por extensión, de la imposición sobre la paciente (ejemplos 7 y 8.1), por lo que estarían en juego estrategias de cortesía negativa en los casos de atenuación, de cortesía positiva en aquellos de intensificación de la autoestima de la paciente y de descortesía en aquellos de reforzamiento impositivo de los efectos que la profesional desea alcanzar en cuanto al tratamiento médico de la paciente.

Tabla 7
Frecuencia de adverbiales subjuntos modales, según voces de la entrevistadora
(n= número de casos; p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Subjuntos modales							
	Enfatizadores		Intensificadores		Desenfatizadores		De foco	
	n	p	n	p	n	p	Restrictivo n p	Aditivo n p
Empática médica	8	.08	9	.13	20	.34	8 .06	2 .02
Empática educativa	4	.04	13	.19	23	.43	2 .01	5 .05
Médica	45	.45	19	.28	7	.13	67 .48	28 .26
Educativa	42	.42	28	.41	3	.06	64 .45	73 .68
Total n: 470	99	(.21)	69	(.15)	53	(.11)	141 (.30)	108 (.23)

Tabla 8
Frecuencias de uso de la modalidad adjetiva; valor semántico,
según las voces de la entrevistadora
(n = número de casos; p = proporción de uso).

Voces de la entrevistadora	Adjetivos modales									
	Valorativos		Descriptivos		Intensificadores		Desenfatizadores		Restrictivos	
	n	p	n	p	n	p	n	p	n	p
Empática médica	14	.08	5	.14					1	.00
Empática educativa	39	.22	7	.19	1	.04	3	1.0	2	.01
Médica	44	.25	11	.30	3	.13			1	.00
Educativa	79	.45	14	.38	19	.83			2	.01
Total n: 245	176	(.72)	37	(.15)	23	(.09)	3	(.01)	6	(.02)

Ejemplo 8. Adjuntos (enfanzadores de punto de vista), adjetivos intensificadores y verbos modales: voz educativa (Entrevista 16).

8.1. "... puede que simplemente le tengas rabia, por **toda** la situación... Por eso hay que darle también tiempo al tiempo."

8.2. "... la primera sanción, como te decía, es eh... el sometimiento, la obligación a él de someterse a terapia, eh... bueno, primero *tendría que* presentarse en tribunales... [...] Generalmente cuando llegan a tribunales, yo les aconsejo que no se den oportunidades porque ya se han dado tantas,..."

El uso de los adjetivos modales (tabla 8) muestra que ellos tienen mayor frecuencia sólo en la voz educativa (ejemplo 7 y 8.1), por lo que la evaluación valorativa, descriptiva o de intensificación son selecciones que ayudarán al logro de la intención comunicativa de participación cooperativa por estrategias de coersión impositiva o de intensificación de la autoestima de la paciente: estrategias de descortesía y de cortesía positiva, respectivamente.

4. Conclusiones

La entrevista clínica se estructura en dos fases básicas de acuerdo a la función pragmática de la intención comunicativa de la profesional entrevistadora: la primera es la voz médica, de elicitación de la información para alcanzar un diagnóstico y la segunda la voz educativa de explicación del diagnóstico y tratamiento a seguir, y de la motivación a cumplir este último por parte de la paciente.

Tabla 9

Usos textuales pragmático lingüísticos contrastivos de mayor frecuencia seleccionados para la expresión de cortesía, por parte de la profesional entrevistadora (proporciones).

Usos textuales. Selección pragmático lingüística	Estrategias de cortesía			
	Positiva		Negativa	
	Voz empática médica	Voz empática educativa	Voz empática médica	Voz empática educativa
1. Actos de habla	-Afirmar, confirmar, repetir información(.72) -Expresar sentir, opinar, felicitar (.71)			
2. Formas de tratamiento	-Tú + V -s (.18) -V -s (tú) (.14)	-Tú + Nombre (.40) <i>muy</i> -Usted + V (.05)		
3. Modo verbal				Subjuntivo (.25)
4. Tiempo verbal			Préterito imperfecto: -Indicativo (.65) -Subjuntivo (.21)	Préterito imperfecto: - Indicativo (.22) - Subjuntivo (.73)
5. Verbos modales	<i>Querer</i> 'voluntad' (.32)	<i>Querer</i> 'voluntad' (.32) <i>Poder</i> 'capacidad' (.34) <i>Creer</i> 'predicción' (.31)	<i>Poder</i> 'posibilidad'(.24) <i>Creer</i> 'predicción' (.45) <i>Pensar</i> 'predicción'(.89)	<i>Poder</i> 'posibilidad'(.41)
6. Adverbiales			Desenfanzadores (.28)	Desenfanzadores (.61)
6.1. Disjuntos			Punto de vista (.19)	Punto de vista (.17)
6.2. Subjuntos			Desenfanzadores (.34)	Desenfanzadores (.43)

La función empática, expresada a través de la voz empática de la profesional, se observa como refuerzo empático de acercamiento y búsqueda de cooperación perlocutiva de la paciente, tanto de la voz médica como de la voz educativa.

Los resultados del análisis crítico discursivo del turno de la profesional entrevistadora de las entrevistas clínicas del corpus proveen evidencia que, con el propósito de preservar la imagen positiva y de proteger la imagen negativa de la paciente entrevistadora, la profesional aplica estrategias de cortesía positivas y negativas, respectivamente (tabla 9). La elección de una u otra estrategia condiciona la selección lingüística del texto discursivo de su turno relativas a la función pragmática de su voz empática: la marcación de modo verbal, las formas de tratamiento y la marcación de modalidad (actos de habla, verbos modales, adverbiales, adjetivos).

4.1. Estrategias de cortesía positiva

4.1.1. *Actos de habla*. Como lo muestra la [tabla 9](#), desde un punto de vista pragmático, de intención comunicativa, la voz empática médica es la que favorece la expresión de preservación de la imagen positiva de la paciente, con un mayor uso frecuencial de actos de habla de estar de acuerdo con lo que la paciente le informa, ya sea afirmando, confirmando, repitiendo información, expresando su sentir u opinión al respecto.

4.1.2. *Formas de tratamiento*. La marcación de las formas de tratamiento de referencia personal de la paciente surgen para el propósito de acercamiento hacia la paciente, con una función de expresión de solidaridad social, pero manteniendo el uso no recíproco de parte de la paciente, demostrando que en el contexto de habla de situación de entrevista clínica se mantiene la relación de poder de la profesional sobre la paciente. Los resultados en la [tabla 9](#) demuestran que mientras en la voz empática médica, la profesional prefiere el uso pronominal de *tú* más verbo en igual persona y número con sujeto explícito o tácito, la voz empática educativa prefiere con mayor frecuencia el uso nominal a través de determinantes o de pronombres posesivos de segunda persona singular informal (*tu* + N; *tuyo*), además de un uso más frecuente de *usted* más verbo. En este último caso, la profesional refuerza la preservación de la imagen positiva de la paciente al reconocer su identidad personal con igual valor social que el suyo propio.

4.1.3. *Verbos modales*. Los usos contrastivos identificados señalan que tanto la voz empática médica como la voz empática educativa refuerzan la imagen positiva de la paciente al considerar sus deseos y opiniones a través del uso del verbo modal *querer* en su connotación semántica de 'voluntad'. La voz empática educativa enfatiza más esta intención comunicativa al hacer referencia a la capacidad de la paciente para llevar a cabo el tratamiento sugerido, a través del uso del verbo modal *poder*, así como al expresar su opinión como profesional a través del uso de *creer*.

4.2. Estrategias de cortesía negativa

4.2.1. *Modo verbal*. El modo subjuntivo presenta un uso de mayor frecuencia en la voz empática educativa. El modo subjuntivo, como actitud modal que se concentra en el *yo* de la profesional hablante con respecto de la paciente interlocutora, atenúa, a través de actos de habla indirectos, la imposición del modo imperativo (con el apoyo de verbos preformativos modales en un estilo de habla indirecto). La intención comunicativa de la voz educativa es inherentemente impositiva al tener como propósito el obtener el efecto perlocutivo de convencer a la paciente para que siga y participe en el tratamiento que su diagnóstico médico establece, de allí la necesidad de una estrategia de cortesía negativa que atenúe la fuerza elocutiva de los actos directivos que expresan esta intención comunicativa, protegiendo la imagen negativa de la interlocutora en su deseo de libertad independiente de no ser impuesta.

4.2.2. *Tiempo verbal*. El pretérito imperfecto, como pretérito de cortesía que atenúa por la indeterminación en su marcación verbal de tiempo pasado, es usado como estrategia de cortesía negativa, que protege la imagen negativa de la paciente interlocutora tanto en la voz

caso un reforzamiento de la connotación de cortesía del pretérito imperfecto, necesario para la mayor suavización de la imposición de los actos de habla directivos de acatar el tratamiento médico que la voz educativa intenta comunicar como efecto perlocutivo.

4.2.3. *Verbos modales*. La atenuación de la fuerza ilocutiva de los actos directivos de solicitud de información en la voz médica y de informar, aconsejar, ordenar, instruir en la voz educativa se expresa a través del uso de verbos modales de connotación semántica de 'posibilidad' con *poder* tanto en la voz empática médica como en la voz empática educativa. La voz médica presenta un uso frecuentemente significativo de la connotación de 'predicción' con *creer* y *pensar* al indagar la opinión de la paciente en su búsqueda de información.

4.2.4. *Adverbiales disjuntos y subjuntos*. La modalidad adverbial también expresa la actitud de proteger la imagen negativa del hablante por medio de la atenuación de lo comunicado. Para ello se usa con mayor frecuencia disjuntos y subjuntos desenfatizadores, con una proporción de uso más alta en la voz empática educativa que en la voz empática médica, reforzando lo expresado anteriormente sobre la necesidad de disminuir la fuerza ilocutiva de los actos de habla directivos de las voces médicas para el logro del efecto perlocutivo de los mismos ([tabla 9](#)). Ayudan en este refuerzo, el uso de disjuntos de punto de vista, que al especificar el rango de la verdad de lo dicho, también atenúan su fuerza ilocutiva al no dejarla como verdad absoluta.

4.3. Estrategias de descortesía. Finalmente, cabe señalar que, además de los usos neutros, objetivos, en que no se observa una estrategia de cortesía, como el uso del modo indicativo, el tiempo presente indicativo y otros, los resultados muestran evidencia del uso de lo que Placencia (2001), entre otros, denomina no cortesés o descortesés: la necesidad de la intención comunicativa de expresar actos amenazadores de la imagen de la paciente interlocutora (información crítica de desacreditación, órdenes, consejos impositivos) para el logro perlocutivo de la función comunicativa de las voces médica y educativa.

Los marcadores observados para esta intención son los de modo imperativo ([tabla 4](#)), los verbos modales de connotación de 'obligación' con *tener que*, *hay que* y *deber* (.87) en la voz educativa ([tabla 5](#)), los disjuntos enfatizadores (.65) y de punto de vista (.56) en la voz educativa ([tabla 6](#)), los subjuntos enfatizadores, intensificadores, de foco restrictivo y aditivo de las voces médica y educativa ([tabla 7](#)), así como el uso de adjetivos valorativos (.45), descriptivos (.38) e intensificadores (.83) de la voz educativa ([tabla 8](#)). Es decir, todas formas de intensificación de la importancia del contenido de lo dicho o de coersión impositiva para la participación perlocutiva por parte de la paciente interlocutora.

En concordancia con la teoría de la imagen (Goffmann 1959, 1967) y el sistema de estrategias de cortesía de Brown y Levison (1987), así como en concordancia con la literatura lingüística sobre modo y modalidad señalada en el marco teórico metodológico, estos resultados han presentado evidencia que la cortesía positiva involucra una selección de signos pragmático lingüísticos que permiten el reconocimiento de la paciente interlocutora como persona con información experiencial relevante (uso de actos de habla), como miembro de la comunidad de habla con la cual se tiene sentimientos de relación solidaria (formas de tratamiento) y cuya opinión y capacidad son dignas de considerar (verbos modales) para lograr la intención comunicativa de una futura superación de su situación social de desmedro de salud.

Los resultados indican de la cortesía negativa involucra una selección de signos pragmático lingüísticos que atenúan la fuerza elocutiva de los actos directivos en juego en las voces médica y educativa, con el propósito de proteger el deseo de independencia y no imposición de la imagen negativa de la paciente. La atenuación se concentra en el contenido de lo dicho (disjuntos y subjuntos de desenfatización) y la especificación del rango de verdad de lo dicho (verbos modales y disjuntos de punto de vista).

En resumen, el trabajo de análisis ha presentado evidencia que la competencia lingüístico pragmático discursiva de la profesional entrevistadora le permite, dentro del complejo sistema lingüístico textual de su discurso, por un lado, evaluar el contexto interactivo y social de la

Notas

* Resultados parciales del Proyecto DID/UACH S-2002-37 patrocinado y financiado por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile.

¹ Los modos verbales, como actitud modal, establecen la posición del hablante con respecto al enunciado o como posición del sujeto hablante respecto del interlocutor. Esto es, cuando la percepción se concentra en *yo* hablante se obtiene el subjuntivo; cuando se concentra en el *tú* oyente se obtiene el imperativo; y cuando no se concentra en ninguno de los dos en particular, sino que en la verbalización del mundo experimental que su experiencia ha hecho posible, se obtiene el indicativo.

² Los adverbiales disjuntos son sintáctica y semánticamente más independientes que los subjuntos. Los disjuntos tienen una relación supraordinante en cuanto pareciera extender su rango por sobre la oración en su totalidad. Ellos implican una evaluación o actitud hacia el contenido de lo que se dice o hacia el lenguaje: el cómo se dice.

Los adverbiales subjuntos expresan un rol semántico modal de refuerzo de parte o del total de la cláusula que modifican.

³ La aplicación del test de docimacia χ^2 permite la comparación de usos proporcionales p correspondientes a la proporción de uso de frecuencias totales n diferentes.

Para su uso computacional EXCEL, esta fórmula corresponde a:
 $(35 - C5 @ RCUAD ((B5)) / D J + (((5 \times (1 - C5)) / E5))$.

Obras citadas

Brown, P. y S. Levinson. 1987. *Politeness. Some universals of language use*. Cambridge: Cambridge University Press.

Calsamiglia, H. y A. Tusón. 1999. *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel.

Cordella, M. 1999. "Medical discourse in a Hispanic environment: power and 'simpatía' under examination". *ARAL. Australian Review of Applied Linguistics* 22(2): 35-50.

Cordella, M. 2001. "La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional". *Onomázein* 7: 35-50.

Goffman, E. 1959 [2001]. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Goffman, E. 1967. *Interactional ritual essays on face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books.

Grimes, J. 1975. *The thread of discourse*. The Hague: Mouton.

Gumperz, J. 1999. "On interactional sociolinguistic method". En *Talk, work and institutional order. Discourse in medical mediation and management settings*, S. Sarangi y C. Roberts (eds.). Berlín: Mouton Gruyter, 453-471.

Haverkate, H. 1994. *La cortesía verbal. Estudio Pragmalingüístico*. Madrid: Gredos.

Iglesias, S. "Los estudios de la cortesía en el mundo hispánico. Estado de la cuestión". *Oralia* 4. *Análisis del discurso oral*. Arco/Libros, 245-298.

Labov, W. y D. Fanshel. 1977. *Therapeutic discourse*. New York: Academic Press.

Madrid: Arco/Libros, 177-212.