

ESTRATEGIAS LINGÜÍSTICAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA AUTORIDAD EN LAS CONSULTAS CON MÉDICOS DE NIÑOS¹

Mariela E. Rígano

(Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina)

marigano@uns.edu.ar

marielarigano@hotmail.com

Resumen:

Esta ponencia se enmarca en un proyecto más amplio denominado "Análisis sociolingüístico de la interacción médico/paciente: Estudio cualitativo de la consulta con médicos de niños en hablantes de español bonaerense. Un aporte a la promoción de la salud", que pretende caracterizar la interacción verbal entre médico y paciente en el discurso institucional en los diferentes tipos de vínculos y relaciones, detectar problemas comunicativos e interaccionales y ofrecer respuestas a los mismos.

El objetivo que perseguimos en esta ponencia es analizar las estrategias lingüísticas utilizadas para construir la autoridad en las consultas con médicos de niños en español bonaerense. Para ello, centraremos nuestro estudio en el material recogido a través de la técnica de participante observador en una sala médica de un barrio periférico de la ciudad de Bahía Blanca.

Es de destacar que nuestro estudio se enmarca en un enfoque de sociolingüística interaccional de carácter amplio (Gumperz, 1982; Tannen, 1985, 1992, Tannen y Wallat, 1986), integrando aportes de la etnografía de la comunicación (Gumperz y Hymes, 1972, Golluscio, 2002), el análisis del discurso – particularmente el análisis del discurso institucional- (Drew y Heritage, 1998, Drew y Sorjonen, 2000, Gunnarson, 2000, Van Dijk, 2000, Heritage y Maynard, 2006), el análisis de la conversación (Gallardo Páuls, 1993, Briz, 2000), el análisis crítico del discurso (Fairclough, 1989, Raiter et al, 1999, Raiter, Zullo et al, 2002) y la antropología lingüística (Duranti, 2000).

Palabras Clave: sociolingüística interaccional, médico/paciente, autoridad, discurso institucional

ABSTRACT:

This presentation places in a more wide project called " Analysis sociolingüístico of the interaction doctor / patiently: qualitative Study of the consultation with doctors of children in speakers of Buenos Aires Spanish. A contribution to the promotion of the health ", that tries to characterize the verbal interaction between doctor and patient in the institutional speech in the different types of links and relations, to detect communicative and interactionals problems and to offer answers to the same ones. The aim that we chase in this presentation is to analyze the linguistic strategies used to construct the authority in the consultations with doctors of children in Buenos Aires Spanish.

For it, we will centre our study on the material gathered across the method of observant participant in a medical room of a peripheral neighborhood of Bahía Blanca. It is of emphasizing that our study places in an approach of interactional sociolinguistic of wide character (Gumperz, 1982; Tannen, 1985, 1992, Tannen and Wallat, 1986), integrating contributions of the ethnography of the communication (Gumperz and Hymes, 1972, Golluscio, 2002), the analysis of the speech - particularly the analysis of the institutional speech - (Drew and Heritage, 1998, Drew and Sorjonen, 2000, Gunnarson, 2000, Go Dijk, 2000, Heritage and Maynard, 2006), the analysis of the conversation (Gracefull Páuls, 1993, Briz, 2000), the critical analysis of the speech (Fairclough, 1989, Raiter et to, 1999, Raiter, Zullo et al, , 2002) and the linguistic anthropology (Duranti, 2000).

Keywords: Interactional Sociolinguistic, doctor / patient, authority, institutional speech.

1.- INTRODUCCIÓN

Esta ponencia se enmarca en un proyecto más amplio denominado "Análisis sociolingüístico de la interacción médico/paciente: Estudio cualitativo de la consulta con médicos de niños en hablantes de español bonaerense. Un aporte a la promoción de la salud"², que pretende caracterizar la interacción verbal entre médico y paciente en el discurso institucional en los diferentes tipos de vínculos y relaciones, detectar problemas comunicativos e interaccionales y ofrecer respuestas a los mismos.

El objetivo que perseguimos en este trabajo es analizar las estrategias lingüísticas utilizadas para construir la autoridad en las consultas con médicos de niños en español bonaerense. Para ello, centraremos nuestro estudio en el material recogido a través de la

técnica de participante observador en una sala médica de un barrio periférico³ de la ciudad de Bahía Blanca.

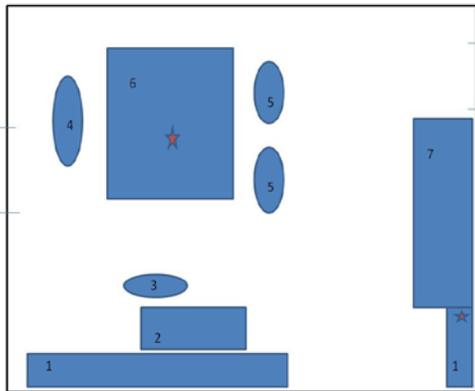
En cuanto a las características del barrio podemos decir que cuenta con sociedad de fomento y sala médica. Se encuentra inserto en una trama urbana totalmente consolidada, su densidad de ocupación no muestra espacios vacantes. No se observan construcciones recientes, la mayoría de las viviendas son de una planta y están realizadas con materiales de mediana calidad. Su población en un 82,2% presenta una alfabetización incompleta, sólo han concluido la educación básica. Su población registra un número importante de habitantes de origen chileno.

En cuanto al marco teórico-metodológico, es de destacar que nuestro estudio se enmarca en un enfoque de sociolingüística interaccional de carácter amplio, integrando aportes de la etnografía de la comunicación, el análisis del discurso – particularmente el análisis del discurso institucional-, el análisis de la conversación, el análisis crítico del discurso y la antropología lingüística.

1.1.- Recolección de datos

En tal sentido, es preciso decir que la labor de recolección de datos en esta sala médica se realizó mediante la técnica de observación participante, desde la participación pasiva. Asimismo, se tomaron notas de campo para complementar las grabaciones de la interacción que se registraron en grabador digital y grabador periodista (como cinta complementaria). El tipo de interacción que buscábamos recolectar era la entrevista pediátrica o con médicos de niños. Esto implica que los interactuantes eran el profesional médico (M), el niño (paciente) y la madre/padre y/o adulto (Ac.) que acompañase al niño (en algunas ocasiones, la abuela).

Las grabaciones de las interacciones fueron realizadas en el consultorio, una sala de aproximadamente 3,5 m por 3 m. El siguiente diagrama representa el consultorio y la disposición del mobiliario y el investigador en el mismo:



Referencias:

1: estanterías

2: balanza

3: silla del observador

participante

✦ Ubicación del mp3 y

Grabador

En la sala de espera se realizaba el primer contacto con el paciente y con su madre y/o adulto que lo llevase a la consulta, se explicaba a la madre y/o adulto los objetivos de nuestra presencia en la sala médica⁴ y se pedía su autorización mediante un consentimiento informado para participar de la entrevista en el consultorio.

1.2.- El ejercicio de la profesión médica y la construcción de autoridad

Durante mucho tiempo el médico tuvo una autoridad indiscutida y su labor estaba rodeada de una sabiduría capaz de infundir respeto y dotar de credibilidad a su trabajo como condición previa a su eficacia. En relación a esto, Fabre González y otros señalan:

Desde hace muchos años, los médicos hemos enseñado y ejercido la medicina **en base al principio de autoridad**, que ha adoptado numerosas formas: directores de departamento, jefes de servicio, jefes de división, libros de texto, expertos científicos solos o en grupos, profesores, etc. **Este principio asume que las autoridades en cuestión tienen un conocimiento científico amplio y suficiente como para emitir opiniones fundadas y acertadas.** (<http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap3a.pdf> : 56, el destacado es nuestro).

En este mismo sentido, debemos indicar que una persona posee credibilidad cuando –por sus cualidades- es merecedora de nuestra confianza. Los factores que generalmente hacen a una persona creíble son su confiabilidad, su competencia y dinamismo. Así, la confiabilidad se vincula con la seguridad que tenemos en la honradez y veracidad de una persona, la competencia se entiende como el prestigio o reputación que alguien posee en un campo determinado de conocimientos o de experiencia –un experto- y, finalmente, el dinamismo se correlaciona con la seguridad o convicción acerca de lo que dice o enseña (véase Burgoa, 1995).

Hasta hace muy poco tiempo, los médicos constituyeron un núcleo de expertos con suficiente poder y reconocimiento como para imponer socialmente un punto de vista, imponer un estilo de vida y, en consecuencia, formas de producción y consumo de bienes tanto materiales como simbólicos (véase respecto de la función social del experto Bourdieu, 1991 y en relación al rol social e histórico del médico en la conformación del estado nacional véase Rígano, 2006, 2007 y 2008).

En los últimos tiempos, el rechazo al paternalismo médico provocado por las filosofías anti-autoritarias y el auge de las preocupaciones bioéticas en relación a la autonomía del paciente, han determinado –según González Quirós- la transformación del médico “en una especie de asesor, en alguien a quien el cliente pregunta para hacer luego lo que mejor le parezca” (2006: 18)

Asimismo, en relación a los trabajos de corte lingüístico, en su mayoría destacan el rol de poder y autoridad ejercido por los médicos desde la medicina tradicional, bajo un modelo de hegemonía/subalternidad (véase Madfes en Gabbiani y Madfes, 2006).

Sin embargo, creemos que –así como es necesario destacar estos rasgos en la relación médico/paciente, dado que la asimetría le es inherente y se manifiesta efectivamente en el discurso- también es importante señalar que la tarea del médico es una labor de servicio y como tal la asumen muchos profesionales, quienes - en

concordancia con los cambios que se registran en el desempeño de la profesión en los últimos tiempos y con la demanda social de mayor acercamiento y conocimiento- se muestran realmente preocupados por comunicarse mejor con sus pacientes y ofrecer su saber en función de un mejoramiento en las condiciones de vida de sus consultantes.

Es importante señalar que en todo tratamiento el médico debe realizar un pacto o alianza terapéutica con el paciente o con sus familiares, cuando el paciente no puede actuar como garante del tratamiento (véase al respecto Corbella y Botella, 2003 y Ortiz y Ortiz, 2007) –tal el caso de la consulta pediátrica donde generalmente la madre y/o el padre actúan de garantes y, por esto mismo, la persuasión del médico y la negociación de su autoridad se focaliza en los acompañantes-.

Asimismo, esta necesidad de alianza terapéutica con el paciente estuvo siempre presente en el vínculo médico/paciente, incluso en la medicina tradicional en la que la figura del médico poseía un fuerte e incuestionable poder social y moral, haciendo de la relación asimétrica una característica muy marcada.

En relación a esto último, queremos subrayar que, en la actualidad, es una cuestión más claramente evidente el hecho de que el poder y la autoridad son parte de una negociación y una construcción en la consulta. Sin embargo, esta negociación –quizás con menos conciencia y menor evidencia- es característica del vínculo en cualquier momento histórico. En ese mismo sentido, podemos decir que ambos extremos de la diada tienen poder –en diversos grados obviamente-: el médico tiene el poder y la autoridad de prescribir y aconsejar ciertas conductas y el paciente tiene el poder de no acatar las prescripciones médicas –sea esto visto socialmente como expresión de la autonomía del consultante o como una transgresión de conducta, según el momento histórico que estemos considerando-.

En Argentina, la ley de salud pública 26.529 que regula los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, en su Capítulo I, artículo 2, incisos e) y f) respecto de la autonomía de la voluntad del paciente y la información sanitaria establece que:

[e) Autonomía de la Voluntad:]El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

[f) Información Sanitaria:] El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria⁵ incluye el no recibir la mencionada información.

En sociedades como la nuestra, donde la información sobre medicina y salud – mediante los medios masivos y las redes y tecnologías digitales- se ha vuelto abundante y al alcance de todos, donde los derechos de los pacientes son cada vez más difundidos y conocidos y la conflictividad, las demandas a los médicos han crecido exponencialmente – no siempre justamente- y muchos médicos asumen la relación con los pacientes desde una posición asimétrica pero más comprometida en la socialización de su saber, la figura del médico se encuentra en un proceso de cambio, junto con los contratos conversacionales que regulan las interacciones en los entornos sanitarios (véase Rígano, 2008^a).

En tal sentido, podemos decir que el espacio de la consulta se ha vuelto un contexto de negociación en el cual el médico debe desplegar una serie de estrategias discursivas que le permitan construir y expresar autoridad, a los efectos de tornar persuasivo su discurso y, en consecuencia, lograr que el paciente siga sus indicaciones, cumpliendo al mismo tiempo con la obligación de brindar información suficiente al consultante sin desautorizar su propia voz (respecto de la pérdida de autoridad y estatus profesional en correlación con el aumento de conocimiento relativo a la condición de salud del paciente puede consultarse Cicourel, 1999 y Cordella, 2001). Como ya señaláramos, este trabajo se centrará en el análisis de esta negociación y sus estrategias.

2.- ANÁLISIS

El análisis del material recabado nos permite indicar que los médicos analizados en la muestra utilizan distintas estrategias para construir su autoridad en tres sentidos. Por un lado, algunas estrategias están destinadas a construir autoridad en un sentido normativo o deóntico (*lo que hay que hacer*). Por otro, otras estrategias construyen autoridad desde la credibilidad y el prestigio de la voz del médico, es decir, en un sentido epistémico (competencia y confiabilidad). Finalmente, otras estrategias buscan empatizar con el paciente y, de esa manera, lograr que la voz médica sea más persuasiva. Por razones de espacio, en este trabajo nos enfocaremos sobre las dos

primeras, aunque las últimas –estrategias empáticas- las señalaremos ocasionalmente en los ejemplos tratados, sin profundizar, dejando su tratamiento para futuros análisis.

2.1.- Estrategias destinadas a la construcción de autoridad normativa

Tal como señala Burgoa, la autoridad deóntica “no se refiere a lo que es, sino a «lo que hay que hacer» o lo que debe ser en determinados casos y circunstancias, teniendo por ello un carácter práctico, normativo de las acciones” (1995: 58-59)

En relación a esto mismo, los médicos de la muestra analizada construyen autoridad normativa a través del empleo de marcadores de inevitabilidad – en el empleo de esta designación seguimos a Cordella, 2002-, es decir marcadores que a través del uso del lenguaje le presenta al paciente una ausencia de opción. Tal como veremos en los ejemplos que citamos seguidamente, el uso de estos marcadores pone de manifiesto que la indicación médica debe ser seguida.

Rec 17: El médico acaba de revisar a un bebé de un mes de vida que presenta un cuadro de bronquiolitis. Le indica a la madre:

M: El tratamiento de esto es la nebulización con este medicamento ¿sí? |
Ac.: | sí |

M: Ahora le vamos a agregar la nebulización | con este medicamento y
Ac: | sí |

M: **tenés que estar atenta** porque lo que sucede con los bebés y más cuando son tan chiquititos es que por ahí cambian rápido de estar bien a estar mal

Rec 16: El médico después de revisar a una nena (5 años) le indica a la madre la necesidad de hacer un tratamiento odontológico

M: **es importante que haga** un tratamiento odontológico eh, **lo que vamos a hacer** e::h... **yo te voy a hacer** una interconsulta con odontología para que vaya al Municipal | ¿sí? Eh porque:: así como tiene ella la boca es
Ac.: | sí |

M: un foco infeccioso casi permanente ¿sí? eh:: las medidas higiénicas, las mismas de siempre, **eso lo tenés que seguir haciendo**, que se cepille cada vez que termine de comer | todo eso igual. Pero **hay que empezar** a
Ac.: | sí, sí |

M: **sacar** algunas cosas que le pueden llegar a causar infección ¿sí? y dolor fundamentalmente...

En el ejemplo anterior deseamos señalar el empleo de una serie de estrategias combinadas para crear autoridad. Por un lado, se registra el uso marcadores de inevitabilidad (**tenés que... hay que + infinitivo**) y, por otro, también se advierte el paso de una enunciación en tercera persona (**es importante que haga un tratamiento odontológico**), a la enunciación en primera persona del plural (**lo que vamos a hacer...**) y finalmente la enunciación en primera persona del singular (**yo te voy a hacer una interconsulta con odontología...**). Vemos en estos fragmentos como el médico pasa de focalizar la acción en el paciente, destacando la importancia de la acción-colaboración del paciente y su madre, a focalizar las acciones en él como parte de la institución **–vamos a hacer-** y sobre sí mismo **–yo te voy...-**, envistiéndose así de autoridad y poder. Asimismo, el empleo de la primera persona del plural (**lo que vamos a hacer...**) también podría entenderse como una estrategia destinada a involucrar a la madre en las acciones a realizar, como una estrategia de cortesía persuasiva. En tal sentido, la emisión cumpliría con dos funciones en la construcción de la autoridad del médico. Interpretada en el primer sentido, el nosotros institucional, sería una estrategia de tipo normativa *–lo que hay que hacer-*. Si, en cambio, la interpretamos en el segundo sentido, (el nosotros contextual *–la madre y el médico-*) estaríamos ante una estrategia tendiente a empatizar con el paciente a los efectos de operar persuasivamente. De todas formas, este pasaje ilustra la forma en que el profesional va implicando todas las voluntades a partir del empleo de estrategias combinadas, al tiempo que termina erigiéndose en autoridad.

Por otro lado, queremos apuntar el empleo de una estrategia de despersonalización del acto de habla a través del empleo del marcador de inevitabilidad **hay que... + infinitivo**. En tal sentido, Cordella *–citando a Prieto-Castillo-* indica:

...este recurso, cuyo paradigma está dado por... el empleo del verbo "haber", llega a tener la fuerza que reconocemos a la universalización. En realidad, se trata de una suerte de universalización por la acción. Las expresiones se alzan también como leyes, como mandatos para cumplir... Cada una de estas afirmaciones aparece como si nadie la hubiera dicho, como un valor en sí mismo. (1999:114 en Cordella, 2002: 126)

Tal como indicábamos antes, este tipo de estrategias destacan el valor normativo y preceptivo del consejo médico, poniendo de relevancia su autoridad para actuar sobre las conductas del paciente. Este tipo de estrategias formarían parte de aquellas que

Prego Vázquez (2007) denomina de despersonalización –entre las que incluye el uso de la primera persona del plural-.

En algunos casos, cuando el médico percibe que la fuerza de su consejo resulta demasiado impositiva o que implica una intromisión directa en las conductas del paciente, utiliza marcadores condicionales de inevitabilidad, modalizando así la imposición, como vemos a continuación:

Rec 17: El médico le da indicaciones a la mamá del bebé para que sepa cómo actuar en caso de que el la bronquiolitis empeore.

M: ... en estos momentos es cuando **tenés que hacerle** la nebulización, **yo igual te voy a dejar anotado todo** eh:: y te vas a manejar, ya se acerca el fin de semana, con algunas cosas que: vos **tenés que tener en cuenta** para ir a la guardia en caso de que sea necesario | eh fundamentalmente con

Ac.

sí

M: dos cosas, ¿sí? como come y como duerme. Si él come y duerme igual que siempre, es leve... nada seguís haciendo la nebulización y **te quedás en tu casa**. Si él, o le cuesta respirar, duerme distinto, o más sobresaltado o come mucho menos. Una de las dos, es moderado, ahí **tenés que estar atenta** porque probablemente necesite más nebulización | y si ni come ni

Ac.

sí

M: duerme **ya tendrías que ir** a la guardia ¿sí?

Ac. sí

Si bien el condicional (**tendrías**) modaliza la carga impositiva del marcador de inevitabilidad, el adverbio de tiempo (**ya**) recalca la idea de urgencia, por lo que refuerza cortésmente la imposición de la prescripción. De tal forma, el médico, por un lado, destaca la idea de que su indicación debe ser seguida y, por otro, cuida la imagen de la madre atenuando la instrucción.

2.2.- Estrategias destinadas a la construcción de autoridad epistémica

En relación a las habilidades discursivas empleadas por los profesionales médicos para construir autoridad en sentido epistémico, es decir, a partir de la demostración de su competencia y la confiabilidad en su saber, podemos decir que la muestra recabada pone de manifiesto la existencia de una amplia gama de estrategias utilizadas en este sentido. Se observa, así, el uso de preguntas en relación a las prácticas de la vida diaria del paciente y sus síntomas, la interpretación de exámenes médicos, explicaciones médicas sobre estudios, análisis y dolencias, uso de repeticiones destinadas a marcar la

fuerza o convicción sobre lo que el médico dice o enseña y el empleo de expresiones del mundo de la vida o la naturaleza elegidas para tender un puente entre el conocimiento del paciente y el conocimiento científico-técnico del médico.

- a) **Las preguntas en la consulta médica:** las preguntas que el médico realiza al iniciar el examen y la consulta médica manifiestan simbólicamente la pericia y experiencia del médico (saber qué preguntar, cómo preguntar y cómo integrar síntomas y signos clínicos sobre la base de patologías o cuadros de referencia) y la autoridad del médico para indagar al paciente en relación a su rol, la situación y el contrato conversacional que rige la interacción médico-paciente. Por razones de espacio no incluimos ejemplos en este caso.
- b) **La interpretación de exámenes médicos y las explicaciones médicas sobre estudios, análisis y dolencias:** a través de las explicaciones el médico refuerza su imagen de autoridad, dado que exhibe los conocimientos que posee y su experiencia –reforzando su confiabilidad- y, al mismo tiempo, habilita un espacio de negociación de sentidos con el paciente a partir del cual le amplía las competencias o el saber sobre su propio estado, favoreciendo los aspectos persuasivos de su mensaje y alentando, en ese sentido, el acatamiento del paciente.

Rec 17: el médico le explica a la mamá de un bebé de meses que el mismo tiene bronquiolitis.

M: Bueno es una **bronquiolitis, es como una bronquitis de los grandes pero en bebé, ¿sí?** e::h **como el pulmón es tan chiquitito cuando en seguida tienen moco se tapan** | y eso hace que **respiren un poquito**

Ac. | sí |

M: **más rápido.** El tratamiento de esto es la nebulización con este medicamento | ¿sí? ahora le vamos a agregar la nebulización | con

Ac: | sí | | sí |

M: este medicamento y **tenés que estar atenta** porque **lo que sucede con los bebés y más cuando son tan chiquititos es que por ahí cambian rápido de estar bien a estar mal** eh

En el ejemplo anterior es de destacar que el médico comienza la explicación de lo que es una bronquitis utilizando un término técnico –bronquitis- pero asimilando

comparativamente el estado de un bebé al de un adulto, en un intento de acercar la comprensión del estado del pequeño por confrontación con un estado que la madre – como adulta- podría haber experimentado. Luego amplía la explicación señalando que el pulmón de un bebé se tapa rápidamente con el moco y ello determina el aceleramiento respiratorio. Es de destacar el uso de términos de tipo coloquial y la utilización del diminutivo en el discurso del profesional: **poquito, chiquitito, tapan y moco**⁶ – si bien esta palabra también se utiliza en usos técnicos, es más difundido en ese sentido el lexema **mucosidad**-. El empleo de voces de tipo más coloquial pone de manifiesto el esfuerzo del médico por hacer convergencia con el discurso del paciente – lo cual refuerza su autoridad, dado que es quien se encuentra en disponibilidad lingüística de tender ese puente- y, al mismo tiempo, lo distancian de su rol y generan empatía con el consultante, favoreciendo el proceso persuasivo (Prego Vázquez incluye estos usos en lo que entiende como estrategias de personalización, particularmente, conversacionalización, véase 2007).

- c) **uso de repeticiones destinadas a marcar la fuerza o convicción sobre lo que el médico dice o enseña:** tal como indica Burgoa (1995) y ya señaláramos, los factores que hacen creíble a una persona son su confiabilidad –no nos va a mentir ni engañar-, su competencia –su experiencia y conocimiento- y el dinamismo – es decir la energía o fuerza del que enseña o habla, su seguridad y convicción-. El dinamismo refuerza los dos factores anteriores y la repetición de ese mensaje junto con el énfasis puesto en el mismo generalmente induce convicción en quien escucha.

Rec 17 el médico continúa con las indicaciones dadas a la madre del bebé sobre los criterios que debe evaluar para nebulizarlo o llevarlo a la guardia

M:... **tenés que estar atenta** porque lo que sucede con los bebés y más cuando son tan chiquititos es que por ahí cambian rápido de estar bien a estar mal eh (unas pocas líneas más adelante repite) ... Si él come y duerme igual que siempre, es leve... nada seguís haciendo la nebulización y te quedás en tu casa. Si él, o le cuesta respirar, duerme distinto, o más sobresaltado o come mucho menos. Una de las dos, es moderado, ahí **tenés que estar atenta** porque probablemente necesite más nebulización...

(al finalizar las indicaciones repite) Pero **tenés que estar atenta**, fundamentalmente por lo general empeoran de noche, eh?, cuando se acuestan...

En el fragmento anterior, la repetición intenta persuadir a la madre respecto de la actitud de vigilancia que debe tener sobre el estado del bebé y los signos que deben alertarla respecto del comportamiento a seguir. Asimismo, la insistencia del médico en el estado de vigilancia se correlaciona con el esfuerzo que realiza por hacerle saber a la madre que la bronquiolitis requiere de cuidado sin alarmarla. Es interesante señalar que los médicos realizan este tipo de reiteraciones con una fuerza predictiva, señalando al paciente todas las posibilidades de evolución de un cuadro, con el objeto de lograr que - en el caso de que efectivamente ocurra algunas de estas posibilidades- el paciente (o la madre en este caso) no se alarme, dado que el médico ya se los había mencionado o anticipado. Asimismo, esto refuerza la credibilidad en el saber del profesional.

d) empleo de expresiones del mundo de la vida o la naturaleza destinadas a tender un puente entre el conocimiento del paciente y el conocimiento científico-técnico del médico: En ocasiones, el médico suele utilizar expresiones empleadas por los pacientes para construir conocimiento sobre la dolencia, corregir creencias y despejar dudas o miedos que este último pudiera tener, siendo esta también una estrategia de convergencia entre el mundo cognitivo del paciente y el del médico.

Rec. 15: Se encuentra en consulta una mamá con una beba de 9 meses que ha tenido broncoespasmo y vuelve a traerla al médico porque experimenta un nuevo episodio de tos y resfrío. El médico luego de revisarla, le indica nebulizaciones con salbutamol:

M: Bueno, ahora... no tiene broncoespasmo, tiene el pecho un poco cargado de moco... ¿eso que vos decís que le chilla como un gato⁷? | Eso es

Ac: | sí |

M: **broncoespasmo**, ¿sí? | broncoespasmo es que e::l, ¿los **tubitos** por

Ac.: | ahá |

M: donde pasa el aire? | ¿que van al pulmón? e:h se cierran un

Ac: | sí |

M: **poquitito** | y es como ...¿viste cuando soplás por e::l cue.. por el

Ac: | mhm |

M: **pico de la botella**? | ¿que **chifla** dentro? | Bueno, es el

Ac: | claro | | sí |

M: mismo ruido este: y lo que hace el salbutamol justamente es **abrir ese caño, ese tubo** para que el aire entre mejor y el moco pueda salir e::h y es... lo más frecuente es lo que le pasa a ella, que cuando se acuesta

Ac:

| claro |

M: empeora | | ¿sí?

Ac: | sí |

M: ¿por qué? Porque el moco cambia de posición y eso le tapa más y hace que por ahí se agite o le de tos e:h ... el trat... el tratamiento de esto es la nebulización con el salbutamol ¿sí?

Ac: | sí |

M: (continúa con las explicaciones y unas líneas más adelante, cuando el médico repite las indicaciones sobre cómo realizar las nebulizaciones) o sea le hacés una, esperás media hora, otra, media hora y otra, todas con salbutamol

Ac.: ¿el salbutamol le hace agitar el corazón?

M: le... les dá que el corazón lata más rápido pero no... es... este... no le produce nada... nada... a ver... el... el corazón de los chicos tiene una

Ac.: **No pero ella tuvo taquicardia** ... eso no le hace nada, ¿no?... ¿el salbutamol?

M: por eso... e:h **¿a qué le decís que tuvo taquicardia?**

Ac.: **porque cuando yo...e:h cuando ella nació e:h cuando le escucharon la panza... le... me dijo la partera que tenía taquicardia**

M: **cuando esta::ba? e:h?**

Ac.: **en la panza... así antes de nacer**

M: sí... e: e:l el bebé más o menos late a 160 por minuto cuando está dentro de la panza, 140, 160, y un adulto late a menos de 100 ¿sí? el corazón de los de los chicos, de los bebés late bastante más rápido que el de los adultos... este:: (interrumpen la explicación hablando de que la bebe intenta tomar el mp3 con el que se realiza la grabación) e:h normalmente late más rápido que el de los adultos

Ac.: ahá

M: si le ponés la mano en el pecho ahora vas a sentir **tatatata** ¿sí? sin que estés con salbutamol. e:h por ahí de 110, 120 vas a pasar a 140 que: para los chicos no les hace nada tienen una capacidad de resistencia mucho mayor que los adultos, **no te preocupes...**

Este ejemplo resulta muy interesante puesto que el médico recupera una metáfora empleada por la madre para describir el cuadro de su hija y, a partir de la misma, introduce su explicación técnico-profesional, avanzando y adentrando a la madre en la descripción y explicación de los síntomas del broncoespasmo mediante el empleo de distintas metáforas y términos léxicos tomados del mundo cotidiano.

Al comenzar la entrevista, la madre responde a las preguntas evaluatorias del médico y, al describir los síntomas y signos clínicos, utiliza una metáfora proveniente del

mundo de la naturaleza para representar el sonido que percibe en el pecho de su hija al respirar con dificultad. Así, dice, "*El pecho como si tuviera un gatito adentro*". Por su parte, el médico al momento de prescribir el tratamiento y explicar la dolencia recurre a esta imagen para comenzar a introducir vocabulario más específico. Esa metáfora, asimismo, es complementada con la de soplar en el pico de la botella, a fin de precisar aún más el sonido que, al respirar, se registra en el paciente que sufre un broncoespasmo⁸. En este ejemplo, al igual que en el anterior, se registra también el empleo de términos coloquiales y onomatopeyas – **poquitito, chilla, tubitos, tubo, caño, abrir, tatatatata**- que indican el esfuerzo realizado por el médico para generar un espacio de comprensión y asegurarse que la explicación ofrecida sea gráfica, clara y asequible al paciente desde su perspectiva cognitiva. Este esfuerzo realizado por el médico refuerza su posición de poder y autoridad en la interacción ya que, aunque implica socializar su saber, en la interacción es el único participante en condiciones de hacerlo, dado su conocimiento tanto del mundo de la vida – entendimiento que, en líneas muy generales, es compartido con el paciente- como así también de la salud en su sentido profesional –saber en el que aventaja al paciente-.

En este sentido, decimos que estas estrategias se relacionan con la construcción de autoridad en el discurso en sentido deóntico, dado que estas estrategias apuntan a lo que es y cómo es, o a lo que sucede concretamente en la realidad, "siendo así reguladora del conocimiento" (véase Burgoa, 1995:59). Asimismo y como indicábamos en ejemplos anteriores, el uso de voces y expresiones de tipo coloquial refuerzan la empatía entre médico y paciente, estimulando factores psicológicos que aumentan la credibilidad del mensaje. La estrategia de convergencia empleada por el médico, utilizando la metáfora del gatito creada por la madre, constituye un acierto dado que crea puntos de semejanza entre el médico y el paciente (estrategia afiliativa) y, sabemos, que la afinidad juega a favor de la credibilidad y, por consecuencia, de la persuasión.

Por otra parte, hemos transcripto este fragmento de forma más extensa, dado que también constituye un caso de lo que Wodak (1996) define como espacios funcionales que se ubican entre los distintos "mundos cognitivos" (*frame conflict*) que poseemos como usuarios de una lengua. Estos espacios o huecos separan a los que están "dentro" de los que están "afuera", generando trastornos en la comunicación (*disorders of*

discourse), que envuelven a los miembros de las instituciones y sus clientes o al público en general.

En el ejemplo precedente el empleo de la voz **taquicardia** señala esta brecha existente entre el uso que se hace del término en el discurso técnico-profesional del médico y su empleo desde el esquema cognitivo de la paciente. La pregunta que formula el médico *-¿a qué le decís que tuvo taquicardia?*- subraya esta distancia y el conflicto de fondo donde la asignación de sentido se vuelve dificultosa dado que colisionan mundos, conocimientos e intereses particulares. La pregunta del médico señala lingüísticamente un trastorno o perturbación en el discurso, provocado por la distancia entre dos mundos que coinciden parcial e insuficientemente. En relación a esto, es importante destacar que la pregunta de la madre y su temor por la correlación salbutamol-taquicardia no son completamente erróneas, dado que el salbutamol es un estimulante y, en determinadas patologías, sería peligroso y prohibitivo su empleo. Por esto mismo, el profesional indaga sobre el significado adscrito por la madre al lexema **taquicardia**. Al comprobar la confusión entre taquicardia –asociada a trastornos cardíacos o procesos patológicos graves- y el aceleramiento cardíaco esperable en un bebé durante el proceso del parto, el médico despliega una serie de estrategias para salvar esa brecha discursiva y cognitiva. Esta posibilidad se vincula con su posición de mayor poder, dado que es quien posee el conocimiento y puede hacer una interpretación de los temores de la madre, una reinterpretación del término y generar en la madre un nuevo conocimiento que le permita adherir al tratamiento de forma más colaboradora al desprenderse de creencias erróneas, dudas y temores colindantes. Al mismo tiempo, esto refuerza la asimetría del vínculo preexistente a la interacción y, simbólicamente, reedita el rol de autoridad institucional del profesional.

Asimismo, queremos destacar que la pregunta formulada por el médico también destaca el alerta ante la consulta de la madre del paciente – puesto que podría tratarse de un caso de riesgo cardíaco, cuestión que el médico debe despejar antes de continuar con la prescripción del tratamiento con salbutamol- y, en lo discursivo, esto se advierte en una mayor presencia de detalles técnicos (número de pulsaciones en adultos y niños, efectos del salbutamol, etc.) y una disminución llamativa del lenguaje coloquial (después de la pregunta del médico, en el fragmento posterior sólo registramos la onomatopeya **tatatata** como rasgo de lenguaje cotidiano).

3.- CONCLUSIONES

Tal como hemos destacado en el trabajo, la interacción médico/paciente se configura como un espacio de negociación en el cual el profesional concierne y construye con el paciente su autoridad y la posibilidad de impactar con sus prescripciones en la vida y la salud del consultante. Asimismo, el paciente negocia su posibilidad de autodeterminarse y su autonomía para aceptar o rechazar las órdenes médicas, así como su derecho a conocer sobre su estado y las características de su dolencia, o de su hijo –en el caso de las interacciones que nos ocupan-.

En este espacio de negociación, las estrategias utilizadas por los profesionales para construir autoridad siguen tres direcciones, como ya indicáramos: estrategias de tipo normativas o deónticas, epistémicas y empáticas.

En relación a las primeras, las estrategias normativas –relacionadas con lo que “hay que hacer”-, hemos destacado el empleo de marcadores de inevitabilidad en el discurso de los profesionales. Como indicáramos oportunamente este tipo de construcciones facilita el hecho de presentar las prescripciones médicas ante el paciente como una norma o ley que nadie enuncia y que por esto mismo debe ser cumplida sin opcionalidad.

También hemos destacado que aún en estos casos perfilados hacia lo normativo – el diagnóstico y su tratamiento-, en las situaciones en que el médico siente su orden como una intromisión fuerte en la vida del paciente –como cuando el médico sugiere la posibilidad de que la madre tenga que llevar al paciente al hospital durante la noche- utiliza el marcador condicional de inevitabilidad. En estos casos, el médico está actuando en atención de cuidar la imagen del paciente y la propia, en un cruce entre el desempeño de su rol y los cuidados dispensados al interlocutor en cualquier interacción social.

Asimismo, las reiteraciones suelen reforzar la consigna dada por el profesional, minimizando la posibilidad de evitar lo aconsejado, posibilidad que inaugura discursivamente el condicional de cortesía.

En cuanto a la autoridad construida desde lo epistémico, hemos destacado la combinación de diversas estrategias que cumplen una doble función. Por un lado, socializar el saber del profesional –lo cual podría debilitar su posición de autoridad- y, por otro, poner en evidencia el saber del médico sobre el cual se elabora la asimetría del vínculo médico/paciente y se construye el prestigio del profesional.

En estos espacios de negociación se dan desajustes lingüísticos que ponen en evidencia conflictos más profundos, a nivel de los marcos cognitivos que entran en contacto en el contexto de la consulta médica. Hemos ilustrado esto con el debate entre la paciente y el médico en torno al concepto de **taquicardia**. La resignificación que el profesional hace del término desde la perspectiva técnico-profesional implica reapropiarse del lexema y reinsertarlo en el discurso médico, cuyas claves sólo maneja el experto. Este uso estratégico de las explicaciones y del vocabulario específico de la medicina se emplea para legitimar la autoridad y la institucionalidad de la identidad profesional, marcando simbólicamente quién maneja y quien no ese saber (quien está dentro y quien fuera del círculo de expertos), reeditando en el discurso las asimetrías que anteceden al encuentro.

Finalmente, en cuanto a las estrategias empáticas, hemos subrayado –sin profundizar en el análisis– el uso de términos coloquiales y expresiones provenientes del mundo de la vida como estrategias destinadas a desarrollar afiliación con el paciente. En relación a esto mismo, deseamos destacar que generalmente desarrollamos mayor credibilidad hacia quien se nos parece. En consecuencia, solemos coincidir o somos más propensos a seguir las directivas de aquel que nos resulta semejante– como parte del aprecio hacia nosotros mismos, de la autoestima -. Por esto mismo, las estrategias empáticas utilizadas con una alta frecuencia por los médicos contribuyen de forma preeminente en la construcción de un mensaje que intenta ser fuertemente persuasivo.

Bibliografía

Bourdieu, Pierre; (1991) "The peculiar history of scientific reason", en <http://es.scribd.com/doc/7870560/Bourdieu-The-Peculiar-History-of-Scientific-Science>

Burgoa, Lorenzo V.; (1995) Palabras y creencias: Ensayo crítico acerca de la comunicación humana y las creencias, Universidad de Murcia, Murcia

Cicourel, Aaron V.; (1999) "The Interaction of Cognitive and Cultural Models in Health Care Delivery", en Sarangi, S. y Roberts, C. (eds.); *Communication in Work-Related Contexts: Talk, Work, and Institutional Life*, Berlin, New York: Mouton De Gruyter, 183-224

Corbella, Sergi y Botella, Luis; (2003) "La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación", en *Anales de Psicología*, diciembre, año/vol. 19, 002 versión on line en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/167/16719204.pdf>

Cordella, Marisa; (2001) The Dynamic consultation: A discourse-analytical study of doctor patient communication in Chilean Spanish, disponible en <http://books.google.com.ar/books?id=7t9z4uCGDNsC&pg=PA253&lpg=PA253&dq=corde+lla++m+2001+the+dynamic+consultation&source=bl&ots=irKxu-DgvX&sig=QGUI3ZrKMiRtflNbMQzNsR67urU&hl=es&sa=X&ei=sIIvT9DRGsfc0QHTrsmxBg&sqj=2&ved=0CCoQ6AEwAO#v=onepage&q&f=false>

(2002) "La interacción médico-paciente en escrutinio: Un estudio de sociolingüística interaccional", en *Onomazein* 7, pp.117-144, versión on line en <http://www.onomazein.net/7/interaccion.pdf>

Fabre González, Ernesto y otros; (sin fecha) "Medicina basada en la evidencia en Ginecología y Obstetricia", en <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/documentos/obstetricia/nuevo/cap3a.pdf> consultado en febrero de 2012

González Quirós, José Luis; (2006) "Valores, modos y modas en el ejercicio de la medicina", en *Educación Médica*, vol.9, suplemento 1, diciembre, pp. 15-20 versión on line en <http://www.educmed.info/sec/verRevista.php?id=16a23a411778261615312#>

Madfes, Irene; (2006) "'Contáme cómo andás': tensión entre afiliación y confrontación en la entrevista médica", en Gabbiani, Beatriz y Madfes, Irene; *Conversación y Poder. Análisis de interacciones en aulas y consultorios*, Universidad de la República, Montevideo

Ortiz P, Manuel y Ortiz P, Eugenia; (2007) "Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica", en *Revista médica de Chile* [online]. 2007, vol.135, n.5 [citado 2012-03-25], pp. 647-652. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014&lng=es&nrm=iso>. doi: 10.4067/S0034-98872007000500014.

Prego Vázquez, Gabriela (2007) "Los recursos interaccionales del poder como mecanismo de negociación de identidades profesionales" en *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, vol. V, 1.

Rígano, Mariela; (2006) "Buenos modales y limpieza en los primeros textos escolares bonaerenses. Análisis lingüístico de la cortesía y la higiene como estrategias de imposición cultural (1880-1946)" en Rojas Mayer, Elena y Rigatuso, Elizabeth M. (coords) *Competencia comunicativa y variedades del español en la Argentina. Pasado y Presente*, SeCyT, Universidad Nacional de Tucumán-Universidad Nacional del Sur, pp. 89-117.

(2007) "Cuestiones de salud e higiene en los primeros textos escolares argentinos: Análisis sociolingüístico de las estrategias de poder (1880-1946)", en Burgos, Nidia y Elizabeth Rigatuso; *La modernización del sudoeste bonaerense: Reflexiones y polémicas en el ámbito educativo, lingüístico y literario*, Universidad Nacional del Sur, Secretaría de Comunicación y Cultura, Archivo de la Memoria de la UNS, Bahía Blanca, pp. 73-80

(2008) "*Salud, higienismo y educación: análisis sociolingüístico de las estrategias estatales de control social*", en publicación en *Actas del XI Congreso Solar: Desde nuestro Sur mirando a nuestra América. Un análisis en torno a sus aspectos genuinos hacia el bicentenario de las revoluciones americanas*, Departamento de Humanidades, UNS, Bahía Blanca –en publicación–.

(2008^a) "La globalización de la inform@ción sobre salud: una variable a considerar en el tratamiento sociolingüístico de la relación médico/paciente", en *Tonosdigital. Revista Electrónica de Estudios Filológicos*, número 15, junio.
<http://www.um.es/tonosdigital/znum15/secciones/estudios-27-Salud.htm>

Wodak, Ruth; (1996) *Disorders of Discourse*, Longman, London

¹ Queremos agradecer al Dr. Ricardo Daniel Cernich (UBA-APA) la lectura de este trabajo –en calidad de informante experto- y las sugerencias y explicaciones sobre cuestiones que hacen al marco que desde la medicina se le da a la relación médico/paciente.

² Este proyecto individual se desarrolla en el marco del proyecto grupal ("Estilo(s) comunicativo(s) en la interacción verbal del español bonaerense: construcción de identidades, valores y creencias". Director del Proyecto: Dra. Elizabeth M. Rigatuso, Centro de Estudios Lingüísticos "Dra. María Beatriz Fontanella de Weinberg", Departamento de Humanidades, Universidad Nacional del Sur.

Subsidio de Proyectos de Grupo de Investigación de la Secretaría General de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional del Sur.

³ No indicamos con precisión los datos del barrio en cuestión, tales como localización y nombre, a los efectos de preservar la identidad de los observados, a quienes también hemos resguardado –en este mismo sentido- cambiando sus nombres reales por nombres ficticios.

⁴ Se les explicaba de forma general que intentábamos analizar la "relación" médico/paciente (desenfocando lo comunicativo), con el objeto de detectar problemas o inconvenientes y ayudar a mejorarlos y reforzar los aspectos que estuvieran bien. Se les indicaba que íbamos a grabar las entrevistas y que estas iban a ser empleadas en trabajos académicos para ser difundidos entre colegas con el ocultamiento de los nombres e identidades reales. Se les brindaba un número de teléfono y un mail para contactarse con la investigadora en caso de cambiar de opinión y ya no desear colaborar con la investigación. En los casos en que el niño que asistía a consulta fuese mayor de 7 años, también se conversaba con él y se le solicitaba un asentimiento informado, teniendo prioridad la decisión del niño frente a la del adulto en los casos en que el adulto deseara nuestra presencia y el niño no, no así en los casos inversos.

⁵ La misma ley, Capítulo II, artículo 3, define la información sanitaria en los siguientes términos: "A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de

comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.”

⁶ La palabra **moco** por otra parte es de uso común.

⁷ El médico retoma esta expresión que había sido empleada por la madre al iniciarse la consulta, en el marco de las preguntas exploratorias por el motivo de consulta. En esta oportunidad, la madre señaló describiendo el estado de la bebé: “No... fiebre no, pero tiene mucho moco, no la deja dormir. El pecho como si tuviera un gatito adentro”.

⁸ “El broncoespasmo es la disminución del diámetro interno del bronquio, producido por inflamación de la mucosa interna o por contracción del músculo externo del bronquio.

El bronquio es un órgano tubular cuya función es transportar el aire inspirado del exterior a los alvéolos, y desde éstos al exterior para ser espirado. En cada movimiento respiratorio entra una cantidad fija de aire al pulmón. Al producirse el broncoespasmo, entra menos aire, entonces como mecanismo de defensa se produce un aumento de la frecuencia respiratoria (taquipnea) y tos.

Hasta un tercio de los menores de 6 años presentará broncoespasmo ante infecciones respiratorias leves, ya que la inflamación de la mucosa interna del bronquio producida por la infección es la principal causa de broncoespasmo.

La mayoría de estos chicos dejará de hacer broncoespasmo al crecer y madurar los pulmones.

Aquellos niños con antecedentes familiares de asma u otras manifestaciones alérgicas como el eccema, tienen posibilidad de continuar sufriendo broncoespasmos más allá de la infancia.

El tratamiento del broncoespasmo depende de la severidad del cuadro. Los cuadros leves y moderados deben tratarse con broncodilatadores (salbutamol, albuterol, salmeterol) que pueden administrarse por nebulización o aerosol con aerocámara. Los cuadros más severos se tratan con broncodilatadores y corticoides, ya sea por vía oral o inyectables.” (información obtenida de <http://www.pediatradefamilia.com.ar/b.htm>, consultado en marzo de 2012)