

La actualización del rol a través de la voz en la interacción de consultas médicas

The Updating of Role through Voice in the Interaction of Medical Consultations

NIEVES HERNÁNDEZ FLORES

Departamento de Inglés, Estudios Germánicos y Estudios Románicos
Universidad de Copenhague
Emil Holms Kanal, 6. Copenhague (S-Dinamarca), 2300
nhf@hum.ku.dk
<https://orcid.org/0000-0002-0984-8257>

RECIBIDO: 22 DE OCTUBRE DE 2021
ACEPTADO: 10 DE DICIEMBRE DE 2021

Resumen: Este trabajo explora la relación entre el concepto de *voz* (Bachtin) y el de *rol* (Goffman 1961), y sus implicaciones en la realización de actividades de imagen (*facework*, Goffman 1967) en la interacción médico-paciente. Teniendo como base teórica la Pragmática sociocultural (Bravo 2020) se analizan cualitativamente tres fragmentos de consultas médicas en un centro de atención primaria gallego. Los resultados muestran que los interactuantes usan voces propias de sus roles de médico y paciente, pero también se intercambian las voces o acuden a otras externas que son recontextualizadas en la situación en que se encuentran. Dicho manejo de voces interviene, como estrategia discursiva, en la creación de actividades de imagen, en concreto en comportamientos de cortesía o autoimagen que confirman la imagen de rol de los interactuantes. El análisis muestra también cómo la voz constituye un recurso discursivo que contribuye a la renovación y redefinición de los roles en la interacción.

Palabras clave: Interacción médico-paciente. Voces del discurso. Rol. Imagen social. Pragmática sociocultural.

Abstract: The present paper explores the relationship between the concepts of *voice* (Bachtin) and *role* (Goffman 1961), and its consequences in the achievement of *facework* (Goffman 1967) in doctor-patient interaction. On the theoretical basis of Sociocultural Pragmatics (Bravo 2020), three extracts of primary care consultations in Galicia are submitted to a qualitative analysis. The results show that the interactants use voices that are characteristic of their respective roles as doctor and patient, but they exchange also their respective voices or turn to other external voices that are recontextualized in the specific situation. As a discursive strategy, the management of voices is part of the creation of facework, that is, politeness and self-face behaviors that confirm the interactants' face role. In addition, the analysis shows that voice constitutes a discursive resource that contributes to the updating and redefinition of roles in the interaction.

Keywords: Doctor-Patient Interaction. Discourse. Voices. Role. Face. Sociocultural Pragmatics.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo trata sobre el discurso producido en la interacción oral entre médicos y pacientes durante consultas de atención primaria. El objeto de estudio es el fenómeno de la *voz* (Bachtin) o, mejor dicho, las *voces* que se producen dentro de este marco interaccional, así como su relación con los componentes psicosociales y culturales de la comunicación, recogidos bajo los conceptos de *imagen social* (*face*, Goffman 1967) y *rol* (Goffman 1961), ambos ligados a la teoría de la Pragmática sociocultural (Bravo 2020).

La interacción comunicativa de la consulta médica, de tipo institucional, supone una situación con un marco físico limitado que, en lo que se refiere al espacio, abarca el despacho cerrado de un facultativo dentro de un centro de salud y, en lo referente al tiempo, abarca una limitación en la cual se trata de conseguir unos propósitos transaccionales que habitualmente requieren una acción física –el examen corporal del paciente por parte del médico– y, sobre todo, una acción verbal, la de la entrevista llevada a cabo. También el número de interactuantes está limitado básicamente a dos: un paciente y su médico, o, como mucho, a tres cuando está presente un médico residente o un acompañante del paciente. De esta manera, al haber pocos interactuantes, las voces físicas son también escasas, pero no así las voces discursivas que surgen en la interacción de estos pocos hablantes, como se verá a continuación.

En esta situación tan estandarizada, los interactuantes desempeñan, de acuerdo con la situación en que se encuentran, unos roles básicos (médico y paciente), lo que en el caso del médico atañe a su rol profesional. De acuerdo con Bravo (2002), este desempeño de *roles* otorga unas características al comportamiento comunicativo de los hablantes (como los temas tratados, las estrategias lingüísticas e interaccionales utilizadas) que a su vez se relacionan con sus respectivos deseos de *imagen social*, la cual desean ver confirmada y protegida a lo largo de la interacción. La imagen social de los hablantes responde, por una parte, a necesidades psicosociales básicas del ser humano, tales como el deseo de formar parte de una comunidad y al mismo tiempo mantener una autonomía en acciones y comportamientos. Pero, al mismo tiempo, responde a unos deseos más específicos ligados a los roles adoptados por los hablantes en la interacción concreta, la denominada *imagen del rol* (Bravo 2002, 145). Tanto roles como imagen social poseen unas características establecidas por la comunidad cultural que están basadas en valores y comportamientos considerados socialmente válidos (Bravo 1999). Pues bien, en la interacción comunicativa los deseos de imagen de los participantes se ven confirmados, cuestio-

nados o negados, lo cual constituye la *actividad de imagen*, es decir, las actividades comunicativas realizadas y que tienen un *efecto social* sobre la imagen social de los interactuantes (Bravo 2002; Hernández Flores 2013). Por ejemplo, en la interacción realizada durante una consulta médica, el comportamiento comunicativo del doctor consistente en dar a su paciente un consejo que alivie una dolencia produce un efecto social positivo en la imagen del paciente (que obtiene la atención de su médico) y en la del propio facultativo (que muestra su validez profesional) (Hernández Flores 2020).

Con esta base teórica, el presente trabajo plantea cómo se relaciona el comportamiento discursivo y social que supone la realización de actividades de imagen, con el comportamiento propiamente discursivo que constituye la incorporación de voces ajenas al discurso propio, así como la interacción de las voces de los hablantes en una situación de diálogo. En la interacción en el marco clínico esto supone estudiar cómo los interactuantes hacen uso de la *heteroglosia* o *polifonía* (Bachtin) como un recurso discursivo que les permite manejar sus roles (mantenerlos, modificarlos o negociarlos) con la finalidad de conseguir el propósito comunicativo, pero también de asegurar el mantenimiento y confirmación de sus respectivas imágenes sociales, cumpliendo así el objetivo transaccional (proporcionar y obtener un buen tratamiento) y social (mantener una interacción satisfactoria) en la consulta médica.

Como mencioné más arriba, los roles básicos desempeñados por los hablantes en esta situación son los de médico y paciente, si bien junto a estos pueden incorporarse otros ligados a factores sociales (por ejemplo, el género, lugar de procedencia o situación familiar). Se trata de roles cuyas características han sido preestablecidas y consensuadas por la comunidad cultural a la que pertenecen, y por tanto son bien conocidos por los hablantes, lo cual no significa que sean fijos e inalterables, sino que en cada ocasión comunicativa son negociados y reinterpretados, redefiniéndose sus características a lo largo de la misma (ver Hernández Flores 2017).

Por otra parte, en lo que se refiere a las voces del discurso, estas son más impredecibles, pues son parte de la circunstancia personal del hablante, de su historia y sus vivencias, de anteriores intercambios comunicativos, de la influencia que otorgan las voces de otros hablantes, y además se modulan a través de la interacción (ver Bonnin 2019b). No obstante, de forma básica, se puede establecer la premisa de que el rol de médico incorporará la voz *profesional* (la propia de su profesión) e *institucional* (como representante de la institución médica). La del paciente será la voz del *ciudadano de a pie*. En ese sentido, las

voces usadas durante la interacción se incorporarán al *rol discursivo* de los hablantes, el cual responde al comportamiento esperable en los *roles sociales* y *situacionales* que desempeñan (Cordisco 337). Sin embargo, el hecho de que estas voces puedan provenir de otros espacios, tiempos, hablantes, e incluso géneros discursivos, aportarán al rol discursivo unas características que pueden escapar de lo esperable para el rol social y situacional que asume el hablante.

De acuerdo con este planteamiento, la hipótesis del presente trabajo es que en la realización de *actividades de imagen* durante la consulta médica los hablantes, con los roles de médico y paciente, en ocasiones se intercambian voces propias de sus respectivos roles (el médico que adopta la voz del ciudadano de a pie, o el paciente que añade a su discurso voces características del médico) y además incorporan una variedad de voces sociales externas a esta interacción. Este hecho no se produce de forma unipersonal e independiente, sino, como ha destacado la literatura sobre el tema (Cordella; Bucholtz/Hall; Cepeda; Aronsson; Bonnin 2019a y 2019b), en diálogo con las otras voces de la interacción comunicativa, donde la intervención de un hablante desencadena la del oyente, o donde la de esta se produce como consecuencia de la anterior, es decir, mediante una coconstrucción de voces en el discurso. En este sentido la voz es un componente dinámico y discursivo que, como tal, alivia al rol de su estatismo social y le confiere una cualidad discursiva, fluctuante y dinámica, es decir, supone la redefinición y actualización del rol.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 *El rol y la imagen social*

El concepto de *rol* proviene de Goffman (1961) y su tratamiento de la posición social relativa de un individuo en relación con otras personas. En estudios de Pragmática sociocultural, este concepto ha tenido un amplio desarrollo por comprender las actuaciones que emprende el individuo en situaciones específicas, de acuerdo con las características convenidas socialmente por la comunidad en que se encuentra para dichas situaciones¹. Los roles que puede asumir un individuo son tantos como factores socioculturales y situacionales en que se encuentra (Cordisco 335), lo que ha llevado a los autores a establecer diferentes clasificaciones según criterios sociales, situacionales o discursivos (Hernández Flores

1. Para una revisión de estos estudios, ver Gancedo Ruiz (2019).

2002; Bernal; Gancedo Ruiz 2020), diferenciándose básicamente roles *macro* (de carácter social y relativamente estables) de los *micro*, más dependientes de la situación concreta y adaptados a esta (Cordisco). Por otra parte, si bien se reconoce la existencia de modelos socialmente aceptados de raíz cultural en cuanto a las características esperables en un rol (por ejemplo, los roles familiares están condicionados por el tipo de consideración social que tiene la familia en una determinada cultura: ver Gancedo 2019 y 2020), se destaca el carácter moldeable de este en las situaciones comunicativas concretas, siendo la dinámica de la interacción la que confiere las características del rol (Hernández Flores 2002, 113).

El concepto de *rol* se pone en relación con otro proveniente de la teoría goffmaniana, el de *imagen social* (*face*, Goffman 1967), referido a la autoestima de la persona o valor social otorgado y definido por la sociedad que la persona requiere para sí. La imagen social está siempre presente en los comportamientos comunicativos, independientemente de la finalidad social o no de estos, es decir acompaña siempre a la persona en su interacción con los demás, pudiendo ser confirmada o reforzada mediante comportamientos de *cortesía*, pero también ser puesta en entredicho o atacada (lo que se entiende como *descortesía*). En ocasiones, no es la imagen del otro la que recibe el mayor efecto social del comportamiento comunicativo, sino la propia, sin que haya una repercusión en la imagen de sus interlocutores, constituyendo el fenómeno una *actividad de autoimagen* (ver Hernández Flores 2013). Un ejemplo sería un médico que muestra conocimientos propios de su profesión y refuerza así su autoimagen de cara a los demás.

La imagen social cuenta con unas características psicosociales básicas que se refieren a cómo son las relaciones del individuo con su medio social en términos de *imagen de autonomía* (el deseo de ser visto como alguien con contorno propio) e *imagen de afiliación* (el deseo de ser visto como alguien identificado con su grupo) (ver Bravo 1999; 2017; 2020). Pero, además, la imagen social de un hablante puede tener unas características específicas que van en consonancia con los roles que desempeña en una situación específica, en cuyo caso hablamos de *imagen del rol* (Bravo 1999; 2002; 2017). Por ejemplo, que en una situación de consulta médica el médico se muestre como una persona con competencias profesionales y empatía con sus pacientes (cualidades esperables y deseables en alguien con el rol de médico) es una forma de confirmar sus imágenes de autonomía y afiliación, respectivamente, en el rol de médico; si además la interacción propicia que aparezca otro rol en virtud de, por ejemplo, su lugar de origen, el hablante médico también confirma su imagen en función de su rol regional o nacional. Por otra parte, en ocasiones el enfoque no está en la

imagen del individuo como tal, sino en la del grupo que representa. Este caso, denominado *imagen de grupo* (Bravo 1999; 2002), es especialmente observable en situaciones donde el hablante defiende, destaca o realza la imagen social de su gremio (por ejemplo, el sanitario), o de otro grupo social con el que se siente identificado (por ejemplo, un paciente asociado con un grupo, institucionalizado o no, cuyos miembros están afectados por la misma enfermedad).

El concepto de rol, en suma, abre la puerta a establecer las consecuencias sociales que tiene su desempeño en la comunicación, es decir las actividades de imagen que pueden suceder (de cortesía, descortesía, autoimagen; ver Hernández Flores 2002), y a profundizar en características culturales presentes en la comunicación.

Veamos a continuación la aportación del concepto de *voz* al estudio de la interacción comunicativa en contextos médicos.

2.2 *La voz*

El concepto de *voz*, partiendo de la clásica propuesta de Bachtin, supone que nuestra voz no es propia, sino de la sociedad, pues la lengua la conocemos, y reproducimos, a través de lo que oímos. Esto supone que la voz del discurso (en este caso de, respectivamente, médico y paciente), no es solo una, que el discurso no es monofónico; por el contrario, los respectivos discursos (la voz médica, la voz del paciente) se nutren de diferentes *voces* (Scollon 22).

En las situaciones de encuentro comunicativo las voces que surgen se conectan de diversas formas a través del espacio, del tiempo, de artefactos (como la escritura y la oralidad) y de seres humanos; de esta forma, los discursos también *vian* a través de dichas situaciones, produciéndose una *recontextualización*, es decir, una transferencia y transformación de un discurso a otro, lo que supone sacar una parte o aspecto de un discurso y adecuarlo a otros contextos (Linell 144-45). En ocasiones, esta recontextualización afecta también a la mezcla de géneros discursivos (Linell 150), suponiendo una *hibridación de géneros* (Fairclough 1992 y 2003, 35; Fairclough/Chouliraki 14), es decir, *una mezcla de prácticas y formas* (Fairclough 2003, 218) que afecta a la mezcla de voces o formas de habla propias de determinados discursos, géneros o comunidades discursivas. Por otra parte, esta aparición de voces no se hace de forma monológica, es decir, no es emitida por uno u otro hablante de manera independiente recontextualizando discursos anteriores, sino de forma dialógica. A este respecto, la *voz individual*, construida sobre *voces sociales*, surge de la propia experiencia personal

de las prácticas discursivas y por ello es deudora de amplios discursos sociales; sin embargo, su realización y validación comunicativa y social solo se produce en interconexión con otras voces por medio del diálogo (Bonnin 2019b, 235), un aspecto destacado también por Bolívar en el discurso político.

En los discursos institucionales algunas posiciones tienen más autoridad, por lo que hay voces más prestigiosas que otras. En el caso de las consultas de salud la voz médica representa el prestigio, lo que supone legitimar posiciones en la jerarquía social. Sin embargo, las voces no se relacionan primariamente con posiciones fijas, sino con elecciones lingüísticas en actividades situadas (Aronsson 85), de forma que, por ejemplo, un hablante con el rol de médico puede adoptar voces de la calle, y otro con el rol de paciente la voz médica. Este hecho lo relaciona Bonnín (2019a, 134) con los postulados de la Teoría de la Acomodación de la Comunicación (Giles/Coupland/Coupland), la cual explica cómo cambiamos nuestro estilo comunicativo para adaptarnos al del interlocutor. En el caso del médico que adopta la voz de la calle, Bonnín (2019a) lo explica no como una adopción del rol de ciudadano de a pie, sino como una forma de incorporar otros factores sociales que caracterizan al paciente como la edad, la clase social o la etnicidad, a fin de disminuir la distancia social; el paciente, por su parte, y con la finalidad de reducir la asimetría con el médico, puede indexar voces de un nivel social más alto, en este caso, la voz del médico, en parte mediante el manejo de términos del campo léxico de la medicina o de la burocracia sanitaria (Bonnin 2019a, 149-51).

Por otro lado, este intercambio de voces por parte de los interactuantes a veces no consiste solo en introducir el discurso característico de la voz del otro en la propia, sino también en posicionarse (identificándose o desvinculándose) ante la voz de este otro durante el diálogo. Este hecho es perceptible en lo que Bonnín (2019b) denomina *actitudes de (des)alineamiento* y *(des)afiliación*. La acción de *alineamiento* supone sostener la estructura de la interacción (aceptar el turno del otro, cederle el turno) frente a la competición por el terreno que supone las de *desalineamiento* (la disputa del turno, los solapamientos), lo cual no significa aceptar o rechazar la voz del otro. Por el contrario las *acciones de afiliación*, caracterizadas por la identificación o acuerdo con el punto de vista (la voz) del otro, frente a las *acciones de desafiliación* (desacuerdo o rechazo de opiniones), sí repercuten en la incorporación o rechazo, respectivamente, de la voz del otro a la voz propia (Bonnin 2019b, 237).² Es esperable, entonces, que estas acciones de acuerdo y desacuerdo tengan *efectos sociales* en la imagen del rol de los hablantes, como veremos en el análisis.

3. METODOLOGÍA Y DATOS

Con el propósito de estudiar la interrelación de roles, imagen social y voces discursivas en la interacción oral, se pasará a continuación a realizar un análisis cualitativo de tres extractos de interacciones en consultas médicas. Los datos son parte de un corpus de consultas médicas grabadas en un centro de salud de atención primaria de una población gallega (de Oliveira/Hernández Flores).³ El corpus, cuyo contenido se encuentra clasificado, pero solo parcialmente transcrito, consta de aproximadamente 110 horas grabadas en audio. Para el presente trabajo se seleccionaron fragmentos de tres consultas con una misma médica de cabecera y diferentes pacientes con distintas patologías, a fin de analizar la variedad de voces que pueden ser incorporadas en el discurso por un mismo hablante (en este caso la médica) y la coconstrucción realizada entre diferentes interlocutores (la médica y sus pacientes).

4. ANÁLISIS

4.1 *Extracto 1*

En este extracto, de una duración de 40 segundos, una paciente de 46 años (P) acude a la consulta de la médica (M) a causa de una mancha en la oreja.

-
1. P: yo decía / pues a lo mejor es por culpa de que una gota de un tinte me fue / aquí † §
 2. M: § noo → / se ve igual que las otras / lo que / claro / es importante vigilarlas
 3. P: sí / porque →
 4. M: eso lo sabe
 5. P: yo / a una amiga mía / que vive en Tenerife / le salió una en la / en la cara / parecida a la mía / y ya se la sacaron † §

-
2. No se deben confundir las *acciones de afiliación* con la *imagen social de afiliación*. La primera, como el propio nombre indica, tiene que ver con acciones discursivas; la segunda es de naturaleza psicosocial: un deseo de la persona que se manifiesta en comportamientos comunicativos.
 3. El corpus se grabó con la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia y el consentimiento firmado de las personas que participaron. Su elaboración es parte del proyecto UC-care (2013-2016) y ha sido autorizado para el procesamiento de datos personales por la Facultad de Humanidades de la Universidad de Copenhague (referencia 514-0033/19/400). La transcripción de los datos sigue el sistema del grupo Val.Es.Co.: <http://www.uv.es/valesco/sistema.pdf>.

6. M: § claro / a ver §
 7. P: § pero /
 aquí no / no no // [no =]
 8. M: [no]
 9. P: = no tendremos tantas ventajas / [¿no?]
 10. M: [no /] en principio / ¡no! ¡mujer! ¡a
 ver! ¡sí cuando hay que sacarlas
 hay que sacarlas! §
 11. P: § mm
 12. M: pero / DE MOMENTO / no [son =]
 13. P: [no]
 14. M: = para sacar §
 15. P: § ya
 16. M: hay que vigilar ↑ §
 17. P: § mm
 18. M: lo más importante es evitar exposición al sol // y protección solar
 muy alta
 19. P: mm
-

En esta interacción se evidencia una variedad de voces en los discursos de las dos interactuantes. El discurso de la paciente hace mención a dos tipos de voces ajenas a ella. Por una parte, en el turno 5, es la voz de la experiencia de otra persona próxima a ella (*la experiencia de una amiga*), que seguramente le ha llegado a través de una narración de esta, y con la cual se identifica. Por otra, en el turno 9, es una voz proveniente del discurso público (seguramente extraída de los medios) que dice que hay diferencias en el tipo y la calidad de servicio sanitario obtenido, dependiendo de regiones o autonomías (*en Canarias habrían operado, en Galicia no*). Son voces externas que refuerzan la argumentación de P en busca de un tratamiento para su problema. Por el contrario, P no introduce la voz de M.

En la médica se identifican tres tipos de voces. En los turnos 2 (*se ve igual que las otras*), 12 y 14, la voz empleada es la propiamente profesional, la que proviene de la observación física de la paciente y de los conocimientos de medicina. En los turnos 2 (*lo que / claro / es importante vigilarlas*), 16 y 18 también es una voz profesional porque está basada en conocimientos de medicina, pero al tiempo que institucional, pues recoge la posición de las instituciones de salud (de carácter público, por ejemplo, por medio de campañas) sobre la prevención de enfermedades, en este caso la prevención del cáncer de piel. El ter-

cer caso de voz externa (turno 10) surge como reacción (réplica) al turno anterior, lo que, como las anteriores, supone una *acción de desafiliación*. En este caso la voz empleada no es propiamente la profesional (la de la observación y explicación con base en la medicina), ni institucional (la del argumento *el servicio público de salud gallego es tan bueno como el canario*), sino que más bien proviene del sentido común del ciudadano de a pie (con el argumento *solo se trata lo que es dañino*), y como tal lo expresa con un estilo informal consistente en usar partículas discursivas de carácter coloquial: *¡no! ¡mujer! ¡a ver!*, y una tautología: *¡si cuando hay que sacarlas hay que sacarlas!* En relación con la imagen social este caso evidencia una actividad de autoimagen del grupo profesional y de la institución que representa M, si bien para ello, curiosamente, no hace uso de una voz institucional, ni siquiera profesional, sino de la voz de la calle, lo que supone una forma de apropiarse de la voz del paciente (*acomodarse a su discurso*), recontextualizarla y así refrendar su propio papel institucional. La paciente, por su lado, muestra alineamiento en sus turnos siguientes mediante retroalimentación verbal y paraverbal a los argumentos de M (turnos 11, 15, 17 y 19), lo cual no significa acuerdo o identificación con la voz de M: acepta la decisión de la médica, pero no necesariamente comparte su opinión, lo que supone una actividad de autoimagen en el rol de paciente que incide en su autonomía para aceptar o no las explicaciones de M.

4.2 Extracto 2

En la segunda consulta la paciente (P), de 62 años, acude a hacerse unos análisis por un problema ginecológico. Está presente una médica residente (M2), a la que M se dirige en ocasiones, pero no interviene. La paciente es diabética, tiene sobrepeso y es fumadora. Está contando sus síntomas.

Extracto 2a (duración de 23 segundos)

-
1. P: y / a ver / la molestia es / una inflamación tremenda ↑ // aparte de lo gorda que estoy ↑ [(RISAS)]
 2. M: [es que esta señora ya] la operaron de → cálculos → urinarios / entonces po- mira ↑ vamos a aprovechar / que ya que te tienen que hacer la extracción de sangre / miramos lo de la diabetes y todo / hacerte un cultivo de orina / ¿vale / Aurora?
 3. P: vale ↑
-

Extracto 2b (13 segundos después del anterior; duración de 1 minuto y 15 segundos)

-
1. M: ¿vale / Aurora?
 2. P: ellos dicen / todas [esas cosas]
 3. M: [mira / ¿qué tal el tabaco?]
 4. P: (RISAS) ya / [ya tenía mie =]
 5. M: [ya te ríes ↑]
 6. P: = ya tenía miedo (RISAS) de que me lo preguntaras / ¿de verdad! (RISAS) ¡no! / a ver / reduje
 7. M: ¿sí?
 8. P: sí / reduje / o sea → / si → / estoy ahora / es mucho ↑ ¿eh? // o sea estoy ahora con una cajetilla
 9. M: bueno ↑ / pero [claro ↑]
 10. P: [¡pero claro!] era → bestial // entonces / ya para mí una cajetilla ya es →
 11. M: ya es un avance ↑
 12. P: ¡uf! (RISAS) y bueno ↑ como → de aquí → no va a poder ser → pues / voy a tener que hacerlo / no sé ↑ voy a arañar las paredes y → con lo que → me diste → pues [intentar →] =
 13. M: [intentar a ver]
 14. P: = solucionar la → ¡la historia! [(RISAS)]
 15. M: [bueno / bueno] vale / (a M2) es que es asmática ↑ / además ↑ §
 16. P: § sí §
 17. M: § con lo cual tiene que dejar el pitillo COMO SEA ↑ // ¡bueno! // ¡vale! pues entonces a ver cómo vas yendo / Aurora
 18. P: bueno / yo → / ya sabéis // tendré que seguir / viniendo a visitaros
 19. M: ¡bueno! para eso estamos ↓
 20. P: y / y / ¡no va a quedar más remedio!
-

En esta interacción destaca la abundancia de estrategias comunicativas empleadas por P para realizar actividades de autoimagen que atenúen o reparen posibles daños a su imagen de rol de paciente, que se caracterizaría por responsabilizarse de sus problemas de salud y colaborar con el médico en su resolución. Las estrategias consisten en producir risas (2a, turno 1; 2b, turnos 4, 6, 12 y 14) y estrategias preparatorias que atenúen la amenaza: *tenía miedo de que me lo preguntaras* (turno 6), *estoy ahora / es mucho ↑ ¿eh? //* (turno 8); justifi-

caciones sobre su comportamiento: *¡pero claro! era → bestial //* (turno 10); promesas de cambio: *voy a tener que hacerlo; intentar solucionar la historia* (turnos 12 y 14); y disculpas: *tendré que seguir / viniendo a visitarlos* (turno 18), *¡no va a quedar más remedio!* (turno 20). Son estrategias que buscan la complicidad de la médica, lo cual consigue, como puede verse en las acciones de alineamiento y afiliación entre ambas: construcciones ecoicas (turnos 9 y 10; 12 y 13); terminación del enunciado del interlocutor (turnos 10 y 11) y aprobación por parte de M de la actitud colaborativa de P (turnos 7, 9, 11 y 15). La *acción de afiliación* de la médica hacia su paciente se puede deber a que aquella está escuchando lo que espera oír de esta: la voz del discurso público en torno a la salud en temas como la necesidad de combatir el sobrepeso (2a, turno 2) y el tabaquismo (2b, a partir del turno 4). De esta manera P protege su imagen de autonomía (es una paciente concienciada y voluntariosa) y de afiliación (estrecha lazos con M).

La médica, por su lado, usa escasamente su voz profesional cuando dialoga con la paciente: en 2a (línea 2), cuando pide una prueba y en 2b (línea 3) cuando le pregunta por el consumo de tabaco. En sus otras intervenciones se limita a dar retroalimentación a P. Sin embargo, cuando M se dirige a la médica residente presente en esta consulta sí utiliza su voz profesional: *es que esta señora ya la operaron de → cálculos → urinarios; es que es asmática* † (2a, línea 2), a veces con contundencia: *tiene que dejar el pitillo COMO SEA* † (2b, línea 17), es decir, exhorta a P desde su rol de médica con su voz profesional. En términos de actividades de imagen, la doctora es cortés con su paciente al apoyarla, mediante estrategias de retroalimentación, en sus esfuerzos por mejorar su condición física, introduciendo así la voz del *mundo de vida* (*lifeworld* o *lebenswelt* en la terminología de Habermas) frente a la profesional del campo médico (ver Barry/otros). Pero cuando se dirige a la médica residente e introduce su voz profesional, realiza una actividad de autoimagen de rol al enfatizar la validez de su opinión como experta, al tiempo que justifica sus acciones profesionales frente a su colega, médica en prácticas.

4.3 *Extracto 3*

En este caso estamos ante un problema de índole psicológica: la depresión de un paciente que acude a consulta acompañado de su mujer. Antes de la secuencia transcrita, la doctora le ha interrogado sobre su estado y él se ha mostrado negativo. Su acompañante (A) interviene en ocasiones, en lengua gallega.

Extracto 3 (2 minutos y 33 segundos)

1. M: a ver / José / yo intentaría no tomar la medicación ↓ (5'') y no me parece → muy correcto que un psicólogo indique un → tratamiento (3') [()]
2. P: [¿usted] iría solo al psicólogo → [()]?
3. M: [yo iría] de momento / al psicólogo // a terapia ↓ /// por lo menos estaría un mes → un par de meses ↓ /// tienes la cita para el psiquiatra / también él a ver qué te dice /// y en función de eso / decidir / pero por lo menos esperar ↑ (2')
4. P: mm
5. M: ¿vale?
6. P: vale
7. M: intentar → eso / salir p'adelante / a ver / hay veces que uno / por mucho que PONGA de su parte §
8. A: § *non é capaz*
9. M: NO PUEDES // ¿eh José? / pero → es que ya / de entrada decir / bueno no ↑ / te doy el tratamiento y después vamos / NO /// a lo mejor resulta que TÚ eres capaz José /// tú fuiste capaz de salir de situaciones difíciles
10. P: sí
11. M: ¡y bastante más difíciles! // ¿eh? /// ¿cómo no vas a ser capaz de salir de esto?
12. P: ¡yo qué sé! // es que no tengo ni ga- ganas ni de intentarlo ↑
13. M: claro / pero es eso lo que tienes que hacer ↑ la pastilla no va a hacerlo por ti ↑
14. P: ya
15. M: (RISAS LIGERAS) ¿sabes? la pastilla no lo va a hacer por ti ↑ /// la pastilla no te va a quitar la preocupación de que me quedo dormido / no te va a quitar el estrés laboral ↑ /// porque tienes estrés ↑ / pero ¿por qué no piensas? / estoy muy estresado en el trabajo / pero ES QUE TENGO TRABAJO ↑ // ¿cuánta gente hay ahora mismo que no tiene trabajo?
16. P: sí
17. M: lo que tienes es que pensar más / en positivo /// y resulta que tienes ↓ / una mujer estupenda ↓ / por lo que a mí me parece ↓ / [tienes] =
18. A: [gracias]
19. M: = un hi- ¡sí! se preocupa de ti / se le ve que está / ella → pendiente de ti ↑ / preocupada ↑ / se le ve además una chiquilla // ¡alegre! ¿eh? vas a tener un → otro hijo / tienes un niño / sano ↑

20. P: ya
21. M: ¡hay mucha gente que no puede tener hijos! vosotros tenéis un hijo / sanito /// vais a tener otro hijo / ¿eh? tienes un trabajo / José ↑ / tienes un trabajo ↑ / ¡estás vivo! /// ¿eh? / tienes todo entero // tuviste una parálisis facial ↑ / ¿y qué? / ¡estás perfectamente!
22. P: [ya]
23. A: [sí]
24. M: entonces / ¿por qué no valoras todo lo positivo que tienes / ¿en vez de todo negativo negativo negativo? /// porque a veces a lo mejor es que también tenemos que decir → // pero si yo // ¿de qué me quejo? // con todo lo que tengo ↓
25. P: ya

En esta consulta, la voz médica tiene poca presencia (los turnos 1 y 3). Por el contrario, la doctora hace uso de la voz del *mundo de vida* (Barry/otros) mediante diferentes estrategias discursivas que incorporan voces. El discurso de la médica tiene la finalidad persuasiva de convencer al paciente de que su mejoría psicológica no depende de medicinas, sino de él mismo, y lo hace no tanto con su voz profesional como con la voz del mundo real.

Se observa, por una parte, la intensificación de la direccionalidad del acto directivo del consejo a medida que avanza la interacción. En los primeros turnos, con presencia de la voz médica, hay impersonalización: verbos en infinitivo como *decidir* (turno 3) e *intentar* (turno 7); uso del *tú* impersonal en *no puedes* (turno 9) y del impersonal de tercera persona: *uno por mucho que ponga de su parte* (turno 7). En adelante se pasa a estrategias más directas, con un *tú* que señala al destinatario, alternando la indirección convencionalizada: *¿por qué no piensas?* (turno 15), *¿por qué no valoras?* (turno 24), con la exhortación directa: *lo tienes que hacer* (turno 13), *tienes que pensar* (turno 17). Los directivos van apoyados por argumentos que aluden a valores básicos positivos compartidos, pues forman parte de la voz del ciudadano de a pie: tener un trabajo (turnos 15 y 21), una familia (turnos 17, 19 y 21), haber superado una enfermedad (turno 21), e incluso el hecho de estar vivo (turno 21). Se trata de la voz propia de familiares y amigos que, puesta en boca de la médica, muestran su empatía y proximidad, con un efecto de cortesía en la imagen del rol del paciente, que obtiene no solo la atención, sino también la solidaridad de su doctora. De la misma manera M obtiene un efecto positivo en su imagen afiliativa en su rol profesional, lo que discursivamente logra sobre todo haciendo suya la voz del ciudadano de a pie.

En relación con este paso de lo indirecto a lo directo destaca otra estrategia discursiva por parte de la médica: el manejo de la deixis de primera persona de singular. El *yo* empieza refiriéndose a ella misma (turnos 1 y 3), pues se involucra personalmente, poniéndose en lugar del paciente por medio de verbos en condicional: *yo intentaría* (turno 1), *yo iría, yo estaría* (turno 3). A continuación, y mediante un cambio de referente deíctico (del *yo* de M al *yo* de P), introduce la voz del sentido común del ciudadano de a pie, una voz con valor terapéutico (Cordella): *tengo trabajo* (turno 15), *¿de qué me quejo?, con todo lo que tengo* (turno 24). Con esta introducción de voces por medio del cambio deíctico, la médica sale del rol estrictamente profesional e incorpora voces de naturaleza más personal, la voz del *mundo de vida*, muy utilizada en el tratamiento de enfermedades psicológicas (Barry/otros 500). Se trata de una elaborada actividad de imagen donde M, sin salir de su rol profesional, hace uso de otras voces fuera de su esfera y las *recontextualiza* en nuevas situaciones (pasando del ámbito de lo privado al del servicio público) co-contruyéndolas con sus interactuantes mediante acciones de alineamiento y afiliación. Esto supone una compleja construcción discursiva que repercute en las imágenes sociales de los interactuantes, contribuyendo a crear entre ellos un medio de *confianza*, en lo profesional y en lo personal (Hernández Flores 2020).

5. CONCLUSIONES

Este trabajo ha tratado de la aparición de voces sociales en la interacción comunicativa durante consultas médicas de atención primaria. Dentro del marco teórico de la Pragmática sociocultural, se ha explorado la relación de este fenómeno discursivo con el concepto de carácter social y comunicativo de *rol*, así como su relevancia en la realización de *actividades de imagen*. Así, en una pequeña muestra de análisis de corpus, se ha apreciado cómo a través del diálogo el hablante adopta voces de sus interlocutores, pero también voces ajenas provenientes de otros contextos sociales, las cuales incorpora a su propio discurso recontextualizándolas en la situación en que se encuentra, e integrándolas en el rol (médico/paciente) que representa.

Por otra parte, la voz se muestra como un recurso discursivo que se incorpora a las estrategias pragmáticas para producir efectos sociales; es decir, es un elemento discursivo más en la construcción de actividades de imagen. Mediante el juego de voces se consiguen efectos sociales como la proximidad entre los interactuantes (imagen de afiliación), pero también la reafirmación de las

cualidades propias (imagen de autonomía). Estas actividades de imagen finalmente contribuyen a crear un medio de *confianza*, en lo profesional y en lo personal, un objetivo social muy valorado en el contexto de la interacción médico-paciente, como se ha mostrado en anteriores trabajos (Hernández Flores 2020).

El análisis ha mostrado cómo la paciente introduce voces ajenas para fortalecer la argumentación de su discurso, con un enfoque en su imagen de autonomía en ese rol consistente en requerir el tratamiento terapéutico que desea; en otras ocasiones, introduce la voz del discurso de buenas prácticas de salud pública, la promovida por las instituciones, lo que le acerca al discurso de su doctora, promoviendo su afiliación con ella. La paciente puede también simplemente, mediante retroalimentación positiva y para mantener el orden interaccional, alinearse con el discurso de su doctora, lo que no necesariamente significa que comparta su discurso; significa defender su imagen de autonomía. Por su parte la médica hace uso con frecuencia del discurso del ciudadano de a pie, el del sentido común y las experiencias vividas que comparte con sus pacientes. Este movimiento no solo le permite reducir distancias con estos, sino también refrendar su propio rol profesional e institucional, al fortalecer el discurso que trata de hacer llegar a sus pacientes, lo cual supone un efecto social en su autoimagen de autonomía que revalida su rol profesional. El otro lado que hay que destacar es cómo a veces se impone la voz del ciudadano de a pie, sobre la profesional, caracterizada por el discurso científico. Esto otorga a M una voz empática y cercana que crea lazos de confianza entre los pacientes y ella (en términos de cercanía interpersonal, pero también de creencia del paciente en el buen hacer de su doctora).

En definitiva, en los datos analizados el concepto de *voz* se ha mostrado como sumamente relevante para explorar en mayor profundidad el de *rol*, descubriendo los matices y formas comunicativas de realizarse que pueden tener los roles, y renovando sus características y funciones en la comunicación; al mismo tiempo se ha revelado como un concepto completamente vinculado a la interacción, de forma que es allí donde la voz se actualiza y construye, en diálogo con el otro. Al actualizar el concepto de rol, la voz participa, como estrategia con valor propio, en la realización de actividades de imagen, como un recurso comunicativo que incide en los deseos de autonomía y afiliación de los hablantes, enfocando en el propio espacio de estos y en su conexión con los demás. Y, en última instancia, contribuye a lograr los objetivos transaccionales y sociales deseados en la interacción comunicativa desarrollada durante las consultas médicas.

OBRAS CITADAS

- Aronsson, Karin. "Identity-in-Interaction and Social Choreography". *Research on Language and Social Interaction* 31.1 (1998): 75-89.
- Bachtin, Michail Michajlovič. *The Dialogic Imagination: Four Essays*. 18. Paper-back print. Ed. Michael Holquist. Austin: University of Texas Press, 2011.
- Barry, Christine A., Fiona A. Stevenson, Nicky Britten, Nick Barber y Colin P. Bradley. "Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice". *Social Science & Medicine* 53 (2001): 487-505.
- Bolívar, Adriana. *Political Discourse as Dialogue. A Latin American Perspective*. London: Routledge, 2018.
- Bonnin, Juan Eduardo. *Discourse and Mental Health: Voice, Inequality and Resistance in Medical Settings*. London: Routledge, 2019a.
- Bonnin, Juan Eduardo. "(Des) afiliación y (des) alineamiento: procedimientos interaccionales para la construcción de voz". *Pragmática Sociocultural* 7.2 (2019b): 231-52.
- Bravo, Diana. "¿Imagen «positiva» vs. imagen «negativa»? Pragmática sociocultural y componentes de *face*". *Oralia* 2 (1999): 155-84.
- Bravo, Diana. "Actos asertivos y cortesía: Imagen del rol en el discurso de académicos argentinos". *Actos de habla y cortesía en el español*. Eds. Diana Bravo y María Elena Placencia. Munich: Lincom Europa, 2002. 141-74.
- Bravo, Diana. "Cortesía en español: negociación de *face* e identidad en discursos académicos". *Textos en Proceso* 3.1 (2017): 49-127.
- Bravo, Diana. "Pragmática sociocultural para el análisis de los aspectos sociales del discurso". *Pragmática*. Eds. María Victoria Escandell-Vidal, José Amenós Pons y Aoife Kathleen Ahern. Madrid: Akal, 2020. 481-97.
- Bucholtz, Mary, y Kira Hall. "Identity and interaction: a sociocultural linguistic approach". *Discourse Studies* 7.4-5 (2005): 585-614.
- Cepeda, Gladys. "Cortesía, imagen social y aceptación del mensaje terapéutico. Modalización en el discurso de entrevista clínica". *Estudios de la (des)cortesía en español*. Ed. Diana Bravo. Estocolmo/Buenos Aires: Programa EDICE/Dunken, 2005. 163-87.
- Cordella, Marisa. "La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional". *Onomazein* 1.7 (2002): 117-44.
- Cordisco, Ariel. "Marcos de descortesía. Roles, imágenes y contextos socioculturales en una situación de visita en un texto dramático argentino". *Es-*

- tudios de la (des)cortesía en español*. Ed. Diana Bravo. Estocolmo/Buenos Aires: Programa EDICE/Dunken, 2005. 319-64.
- Fairclough, Norman. *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1992.
- Fairclough, Norman. *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. London: Routledge, 2003.
- Fairclough, Norman, y Lily Chouliarakis. *Discourse in Late Modernity: Rethinking Critical Discourse Analysis*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.
- Gancedo Ruiz, Marta. *Evolución de la imagen de rol familiar en el teatro de finales del siglo XIX a mitad del XX. Su manifestación en la atenuación e intensificación de los actos directivos*. Tesis doctoral. Universitat de València, 2019.
- Gancedo Ruiz, Marta. “La evolución de la imagen de rol social familiar a través de la modulación pragmática de los actos de habla directivos en el teatro de los siglos XIX y XX. Estudio de la atenuación e intensificación en los roles de padre, madre e hijo”. *Pragmática Sociocultural* 8.1 (2020): 41-75.
- Giles, Howard, Justine Coupland y Nikolas Coupland. “Accommodation theory: Communication, context, and consequence”. *Contexts of accommodation: Developments in applied sociolinguistics*. Eds. Howard Giles, Justine Coupland y Nikolas Coupland. Cambridge: Cambridge University Press, 1991. 1-68.
- Goffman, Erving. *Encounters. Two Studies in the Sociology of Interaction*. London: Allen Lane, The Penguin Press, 1961.
- Goffman, Erving. *Interaccional ritual: Essays face-to-face behavior*. New York: Pantheon Books, 1967.
- Habermas, Jürgen. *The theory of communicative action. Reason and the rationalization of society*. Vol. 1. London: Heinemann, 1984.
- Hernández Flores, Nieves. *La cortesía en la conversación española de familiares y amigos; la búsqueda del equilibrio entre la imagen del hablante y la imagen del destinatario*. Aalborg: Institut for Sprog Internationale Kurturstudier, Aalborg universitet, 2002.
- Hernández Flores, Nieves. “Actividad de imagen: caracterización y tipología en la interacción comunicativa”. *Pragmática Sociocultural* 1.2 (2013): 175-98.
- Hernández Flores, Nieves. “El papel del acompañante en la consulta médica de atención primaria. Roles y efectos sociales”. *Oralia* 20 (2017): 179-201.
- Hernández Flores, Nieves. “¿Usted qué me aconseja? La confianza con y la confianza en el médico en actividades de imagen de la consulta médica”. *(Des) cortesía, actividades de imagen e identidad*. Eds. Marina González

- Sanz, Catalina Fuentes Rodríguez y Ester Brenes Peña. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2020. 265-82.
- Linell, Per. "Discourse across boundaries: On recontextualizations and the blending of voices in professional discourse". *Text* 18.2 (1998): 143-57.
- Oliveira, Sandi Michele de, y Nieves Hernández Flores. *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia*. 2014. No publicado.
- Scollon, Ron. "Plagiarism and Ideology: Identity in Intercultural Discourse". *Language in Society* 24.1 (1995): 1-28.