



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”
Posgrado en Ciencias del Lenguaje

**ANÁLISIS PRAGMÁTICO DEL ENUNCIADO DEL DIAGNÓSTICO EN
LA CONSULTA MÉDICA**

Tesis
que para obtener el título de Maestría en Ciencias del Lenguaje

Presenta
María del Carmen Santoyo Torres

Directora
Dra. María del Rayo Sankey García

Puebla, Pue., noviembre de 2014

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	8
ASPECTOS METODOLÓGICOS: LA RECOPIACIÓN Y LA CONSTITUCIÓN DEL CORPUS	
1. 1 La descripción del corpus.....	8
1. 2 El corpus.....	11
CAPÍTULO 2	34
LA HERRAMIENTA DE ANÁLISIS	
2. 1 El primer nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico.....	34
2. 1. 1 La secuencia de interacción del diagnóstico y su estructura conversacional	34
2. 1. 2 El sistema de dirección local del diagnóstico	35
2. 1. 3 El sistema de dirección general de la consulta	38
2. 2 El segundo nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico	43
2. 2. 1 El concepto de evaluación	43
2. 2. 2 Tipos de evaluación y evaluadores	45
2. 2. 3 Los marcadores del discurso.....	46
2. 3 El tercer nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico	49
2. 3. 1 El modelo griceano de las máximas conversacionales	49
2. 3. 2 Las secuencias de referencia.....	50

CAPÍTULO 3	54
EL ANÁLISIS DE LA SECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN TRES NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL DISCURSO	
3. 1 El nivel conversacional del enunciado del diagnóstico: su formato de preferencia o despreferencia.....	55
3. 1. 1 Las demoras como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico	56
3. 1. 2 Los prefacios como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico.....	57
3. 1. 3 Las explicaciones o justificaciones como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico	59
3. 1. 4 Las negativas o componentes de declinación como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico	60
3. 2 El nivel discursivo evaluativo del enunciado del diagnóstico.....	62
3. 2. 1 El carácter global de la evaluación	62
3. 2. 2 El carácter local de la evaluación	66
3. 2. 3 Los marcadores del discurso como elementos evaluadores en la secuencia del diagnóstico.....	75
3. 3 El nivel temático-referencial del enunciado del diagnóstico	80
3. 3. 1 El grado de indeterminación de la enfermedad como referente en el enunciado del diagnóstico. El uso de elementos indefinidos.....	80
3. 3. 2 El grado de indeterminación de la enfermedad como referente en el enunciado del diagnóstico. Las secuencias de primera y segunda mención.....	84
CONCLUSIONES.....	90
BIBLIOGRAFÍA.....	93

A mi mamá y a mi hermana Martha

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro agradecimiento, de manera muy especial, a la Dra. María del Rayo Sankey García por su apoyo, tiempo y paciencia, pues sin su guía este trabajo no hubiera sido posible. También, agradecemos al Mtro. Gerardo del Rosal Vargas por su valiosa ayuda y comentarios al inicio de esta investigación. Asimismo, les damos las gracias a todos y cada uno de los médicos y pacientes que participaron en las cuarenta y nueve consultas grabadas. Muchas gracias al Dr. Cecilio Palacios Flores por todas las facilidades que nos brindó para llevar a cabo la recolección de los datos en el Hospital Universitario de Puebla, en ese entonces a su cargo, y gracias al médico general por su invaluable cooperación en las grabaciones que se recogieron en su consultorio particular.

INTRODUCCIÓN

Especialistas en el área de la salud (Jinich 1998; Tena Tamayo y Hernández Orozco 2007) coinciden en que la consulta médica es el instrumento más poderoso de que dispone el médico porque le permite acercarse a su paciente, conocerlo mejor y obtener la información que requiere para dar un diagnóstico y resolver el problema de salud que lo aqueja y que lo motiva a consultar al especialista. Sin embargo, no es muy común que el médico y el paciente se percaten de que la consulta médica se puede llevar a cabo gracias al uso del lenguaje; de hecho, en la mayoría de los casos, el lenguaje es algo tan “natural” que difícilmente nos damos cuenta de que lo estamos usando. Desde el punto de vista de los estudios del lenguaje, la consulta médica es un evento lingüístico y social en el que todos, en algún momento de nuestra vida, por diferentes razones, hemos estado comprometidos. Además, la consulta médica es un evento comunicativo con una estructura propia que lo hace diferente de otros eventos similares (las entrevistas de trabajo, la compra-venta de un bien o servicio, la conversación cotidiana, etc.) especialmente porque, a diferencia de otras interacciones, en ella está en juego no solo la confiabilidad o veracidad de la información proporcionada por el médico, sino la salud y posiblemente la vida de una persona.

La consulta, como todo evento comunicativo, está organizada secuencialmente en diferentes pasos y sus correspondientes fases temáticas, identificables como un particular patrón de interacción verbal o PIV (Hamel, 1982) que orienta a los participantes para llevar a cabo esta clase de tareas comunicativas, a saber: secuencia de pre-inicio, inicio, entrevista, examen físico, diagnóstico, tratamiento, secuencia de pre-clausura y clausura. De estos pasos, el más relevante es el de diagnóstico pues es el momento en que el médico está en posición de responder a la primera pregunta que es admisible inferir que el paciente formula cuando se presenta en el consultorio: *¿qué tengo?*; respuesta que, en términos pragmáticos, entenderemos aquí como diagnóstico propiamente dicho. Positivamente, el diagnóstico es, entonces, la segunda parte esperada y preferente de la pregunta del paciente que ocasiona la consulta.

En este micro-contexto comunicativo, el propósito de este estudio es caracterizar, a través de un análisis pragmático, el enunciado del diagnóstico, es decir, el acto de diagnosticar. Como mostraremos más adelante, la máxima de relevancia griceana en situaciones de interacción cara a cara preside la conformación de la estrategia global del macro-acto¹ social de definir el padecimiento de una enfermedad. Para confirmar esta aseveración estudiaremos las secuencias de referencia en la fase de diagnóstico en las que el médico menciona aquello que el paciente padece, en el marco de la máxima de cantidad, y por lo tanto de relevancia. Así, la investigación se propone poner al descubierto los mecanismos interaccional-discursivos –como mencionaremos más adelante de naturaleza conversacional y evaluativa– de la acción de diagnosticar una enfermedad.

Para llevar a cabo esta tarea, analizaremos un corpus de treinta y siete consultas médicas que forman parte de un conjunto de datos que comprende en total cuarenta y nueve consultas grabadas en audio con anuencia de cada uno de los médicos involucrados, de las cuales, catorce son consultas recogidas en un consultorio particular en un municipio del estado de Puebla y treinta y cinco recopiladas en el Hospital de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla entre los meses de enero a marzo de 2009. De las cuarenta y nueve consultas, hemos seleccionado aquellas que conforman eventos comunicativos completos y, consecuentemente, en las que el médico proporcionó un diagnóstico al paciente. Es importante mencionar que la recolección de datos se llevó a cabo a la manera del trabajo antropológico de campo: se elige, en primer plano, al actor social cuyo discurso será sometido al análisis, sin dejar, por supuesto, de considerar en un segundo plano a sus interlocutores. Por esta razón, las transcripciones del material así recopilado solo atienden a la voz del médico. Las transcripciones son después segmentadas en unidades de enunciados y finalmente numeradas para facilitar su referencia en el análisis

El análisis del corpus se hará tomando en cuenta tres niveles de organización del discurso oral interactivo: el nivel conversacional, el nivel discursivo evaluativo, y el nivel temático; esto con la finalidad de mostrar que el formato despreferente en el que emerge el enunciado del diagnóstico, los mecanismos de evaluación que lo marcan y, finalmente, la dinámica de primera y segundas menciones de la enfermedad o del padecimiento conforman la estrategia global del

¹ De acuerdo con Van Dijk “ciertas secuencias de actos de habla contienen un *acto de habla principal* [o macro-acto] que al mismo tiempo puede funcionar como el acto de habla de toda la secuencia si los otros actos de habla son auxiliares u otras acciones son subordinadas.” (Van Dijk, 1980: 186)

médico para formular un diagnóstico de manera no compromisiva. En una investigación sobre el discurso autobiográfico, Gutiérrez Estupiñán y Sankey García (2008) muestran claramente, con el análisis de las secuencias de referencia en un texto narrativo, que el hecho de que la narradora emplee un gran número de referentes indeterminados a lo largo del relato de su experiencia cercana a la muerte, obedece a una estrategia que permite, al mismo tiempo, que su interlocutora interprete que la “persona” a la que se refiere en el clímax de su relato es Dios y que, al referirse a lo visto únicamente como “persona” o “él”, no se comprometa la credibilidad de su relato, ni su imagen.

Dada su importancia en el campo de la medicina, se han hecho varios estudios en torno a las consultas médicas (Engel y Morgan 1973; Jinich 1998; Kats y Mishler 2003; Tena Tamayo y Hernández Orozco 2007). Estas investigaciones que focalizan la práctica médica y que Ainsworth-Vaughn (en Schiffrin *et al.* 2003) llama “literatura de la práctica”² son resultado de una preocupación por desarrollar un conjunto de pautas que les permita a los estudiantes de medicina y a los mismos médicos desarrollar las estrategias necesarias para llevar a cabo la consulta, y por ende, mejorar los estándares de calidad del servicio médico. Sin embargo, este tipo de estudios poco tienen que ver con la manera como el médico usa el lenguaje para propósitos sociales. Aunque hablan de mejorar la comunicación en la consulta, se limitan a enumerar una serie de pasos o consejos, a manera de manual, de cómo conducir una consulta, de lo que sí se puede o conviene hacer o no. Como menciona Pamela Shakespeare (1998: 41), este tipo de estudios “han ignorado tradicionalmente la naturaleza interactiva, social y estructural”³ de este tipo de interacción.

No obstante, cada vez son más las investigaciones en torno a este tipo de interacción desde otras áreas de estudio como la antropología, la sociología y la lingüística. De acuerdo con Nancy Ainsworth-Vaughn (2003), los estudios de la interacción médico-paciente, desde la perspectiva del discurso, es decir, los que se centran en el análisis del discurso interaccional, comienzan en los años 70 con la publicación de un artículo de Roger Shuy (1976) titulado “La entrevista médica: problemas en la comunicación”⁴. Estos estudios se han nutrido de los aportes teóricos del análisis conversacional (Sacks, Schegloff y Jefferson; Heritage y Maynard), de la etnografía de la comunicación (Dell Hymes), del análisis crítico del discurso (Wodak y

² *Praxis Literature*

³ “(...) has traditionally ignored their interactive and social constructional nature.”

⁴ “The Medical Interview: Problems in Communication”

Fairclough), entre otros. Sin embargo, analistas como Chimombo y Roseberry, (1988), Coupland *et al.* (1994) y Ainsworth-Vaughn (2003), afirman que estas investigaciones en torno a la interacción médico-paciente, tanto en el campo de la medicina como en el del discurso, se han centrado, particularmente, en las relaciones de poder o en la relación asimétrica entre los participantes. Por ejemplo, diferentes estudios citados por Drew y Sorjonen (1997: 97) muestran que una de las características del discurso institucional, que incluye a las consultas médicas, parece ser la asimetría en la asignación de los turnos de pregunta y respuesta, es decir, que son casi siempre los profesionales de la salud quienes hacen las preguntas y los ‘clientes’ quienes las responden. Hay otros medios por los cuales se deja ver la relación asimétrica o de poder entre el médico y el paciente, además de la forma en que se organiza la toma de turnos. Chimombo y Roseberry (1998) señalan que al reservar para sí cierta información que no es dicha a los pacientes, los médicos adoptan una actitud de superioridad. En este sentido hay quienes hablan de “asimetría de conocimientos”, del contraste entre el conocimiento especializado y el conocimiento lego, y de la manera como los médicos eligen un léxico especializado para controlar la información que proporcionan al paciente. Sin embargo, Drew y Sorjonen (1997: 101) aseguran que la importancia de la elección léxica en el discurso institucional va más allá del mero empleo de un vocabulario especializado.

Otro de los aspectos más estudiados de la consulta médica es el de la organización secuencial del evento. Autores como Engel y Morgan (1973), Byrne y Long (1976), Heath (1991) y ten Have (1989) han propuesto modelos y discutido ampliamente los pasos y fases que conforman la consulta médica. Al respecto, ten Have (en Ainsworth-Vaughn 2003) ha observado casos que se apartan de los modelos señalados puesto que la negociación local entre el médico y el paciente puede variar. En cambio, Drew y Sorjonen, aunque reconocen como emergente la organización de los encuentros institucionales, hablan de “patrones estándar”, lo que atribuyen al hecho de que los profesionales, en este caso los médicos, después de numerosos encuentros han desarrollado las habilidades necesarias para llevar a cabo sus actividades.

En este trabajo, desde un enfoque diferente, más que hablar de relaciones de poder, de la elección léxica que hace el médico en términos de vocabulario especializado, o de la organización secuencial de la consulta, analizaremos, en las acciones del médico, el formato de preferencia o despreferencia con el que el médico provee el diagnóstico, los elementos evaluativos que lo acompañan, así como el grado de indeterminación del referente en la fase de

diagnóstico –en este caso la enfermedad del paciente– para ver de qué manera las expresiones que emplea el médico para aludir a la enfermedad, mientras comunica el diagnóstico al paciente, son más o menos indeterminadas y por lo tanto más o menos informativas.

Como veremos más adelante, el análisis del enunciado del diagnóstico opera en tres niveles tanto de organización del discurso como analíticos:

1. En un nivel conversacional, el enunciado del diagnóstico es la segunda parte condicional de un par adyacente pregunta-respuesta y, como tal, analizaremos la estructura conversacional en la que emerge, particularmente su formato de preferencia o despreferencia, como lo define Levinson (1989), para mostrar las diferentes marcas despreferentes que lo graban.
2. En un nivel discursivo evaluativo, redefiniremos las marcas de despreferencia como mecanismos de evaluación y analizaremos su función en el intercambio. Como veremos, los diferentes tipos de evaluadores crean un sistema de declinación de la respuesta que motiva la consulta, es decir, perfilan una especie de no respuesta.
3. En un nivel temático-referencial, analizaremos la secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad del paciente para mostrar el grado de indeterminación con el que se provee la información diagnóstica a favor de una respuesta no compromisiva de la imagen socio-profesional del médico.

Al final del análisis mostraremos entonces que, en primer lugar, el enunciado del diagnóstico, como respuesta a la pregunta del paciente, es marcado y, por lo tanto, despreferente; en segundo lugar veremos que estas marcas de despreferencia cumplen una función evaluativa que hacen del enunciado del diagnóstico un acto de declinación. Finalmente mostraremos que, al informar al paciente de su enfermedad, el médico burla constantemente la máxima griceana de cantidad, generando así una secuencia de segundas menciones indefinida, de modo tal que el enunciado del diagnóstico, en tanto referencia al padecimiento, es indeterminado, es decir, ambiguo.

En este sentido, el análisis que proponemos es original, pues no hay registros, hasta el momento, de investigaciones similares con un corpus similar; además de que contribuye a la comprensión del evento comunicativo y a la serie de estudios que se han hecho al respecto

(Fisher y Todd 1983; Drew y Heritage 1992; Tannen y Wallat 1993; ten Have 1995; Coupland y Coupland 2000; etc.)

Nuestra investigación está organizada en tres capítulos. En el primer capítulo abordamos las herramientas teóricas que empleamos para llevar a cabo el análisis en los tres niveles mencionados. El análisis conversacional, particularmente la perspectiva de Levinson (1989), nos permite dar cuenta de los formatos preferentes y despreferentes de las segundas partes de un par adyacente pregunta-respuesta. El trabajo de Labov (1972) en torno a la evaluación, el de Schiffrin (1987), así como el de Martín Zorraquino y Portolés Lázaro (en Bosque y Demonte, 1999) son nuestra guía para identificar y clasificar las marcas evaluativas en el enunciado del diagnóstico. Y, finalmente, el modelo griceano de las máximas conversacionales, según lo abordan Schiffrin (1994) y, más recientemente, Gutiérrez Estupiñán y Sankey García (2008) nos ayuda a caracterizar el enunciado del diagnóstico con el que se provee información al paciente como un sistema de indeterminación. En el capítulo dos explicamos la metodología que se utilizó en la recolección de los datos, el modelo para su transcripción, la identificación de los enunciados del diagnóstico y su segmentación para el análisis. Presentamos también los datos que conforman el corpus. En el capítulo tres, presentamos el análisis de los datos en los tres niveles antes mencionados: conversacional, discursivo evaluativo y temático-referencial. Por último, presentamos los comentarios finales de la investigación.

CAPÍTULO 1

ASPECTOS METODOLÓGICOS: LA RECOPIACIÓN Y LA CONSTITUCIÓN DEL CORPUS

1. 1 La descripción del corpus

El corpus que aquí analizamos forma parte de un conjunto de datos que comprende en total cuarenta y nueve consultas médicas grabadas en audio, de las cuales, catorce son consultas generales recogidas en un consultorio particular en un municipio del estado de Puebla, México y treinta y cinco recopiladas en el Hospital-Escuela de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla entre los meses de enero a marzo de 2009. De las consultas grabadas en el consultorio particular, todas fueron no especializadas. Mientras que de las que se grabaron en el Hospital Universitario (HUP), veinticuatro fueron en el área de consulta externa, diez en el área de Urología y una en Alergología.

En las consultas así grabadas participaron cuatro médicos y dos médicas⁵. De los médicos, uno es propietario de su consultorio particular y tres son trabajadores del HUP. De estos últimos, uno es médico general, otro es especialista en urología y el tercero es alergólogo. Las dos médicas son trabajadoras en el área de consulta externa del HUP. En cuanto a los pacientes que tomaron parte en las consultas, veintiuno son hombres cuyas edades van desde los diecinueve hasta los sesenta años; veintiséis pacientes son mujeres y sus edades van desde los dieciséis hasta los setenta y cuatro años. También participaron en el estudio dos niñas, una de cinco y otra de trece años.

El consultorio particular brinda servicio a pacientes de un amplio rango de estatus socioeconómico. Lo mismo sucede en el HUP, que brinda atención médica al público en general,

⁵ En nuestro trabajo de investigación emplearemos el término médica para referirnos a la profesional de la salud. Si bien su uso no es común en el habla cotidiana, de acuerdo con el DPD, es el término femenino correcto para nombrar a la “persona que ejerce la medicina”. Además, de esta forma, reconocemos la importante presencia de la mujeres en el ámbito de la salud.

particularmente a los trabajadores de la Universidad, a quienes, además, proporciona medicamentos como parte de sus prestaciones. Por esta razón, la mayoría de los pacientes en el corpus recogido son trabajadores de la universidad o bien sus familiares.

Para realizar las grabaciones en el consultorio particular, solicitamos permiso al médico por medio de un documento escrito. En el HUP, de igual modo, presentamos una solicitud por escrito al director general para poder grabar las consultas médicas y después, con su autorización, pedimos permiso a cada uno de los médicos. En ambos casos, una vez otorgado el permiso, los médicos pidieron a la investigadora que usara una bata blanca mientras observaba y grababa las consultas. En cuanto a los pacientes, la grabación de su voz es cándida, es decir, el informante no sabe que está siendo grabado. Evidentemente esto quiere decir que la investigadora, en ningún caso, puede citar su dicho durante la investigación.

Antes de cada consulta, se colocó una pequeña grabadora de voz sobre el escritorio de modo que pudiera registrar, sin problemas, el habla del médico. Además, se les ofreció a los médicos la garantía de que, en el momento en que él o ella lo consideraran conveniente, se podía interrumpir la grabación, desecharla y abandonar el consultorio⁶. Únicamente en las consultas de urología, el médico indicó, en algunos casos y de manera sutil, que no se podía observar el examen físico que iba a realizar. El resto de las consultas se observaron desde un costado del paciente o bien desde el costado del médico de frente al paciente.

Es importante recalcar que los datos han sido anonimizados al omitir cualquier alusión a nombres, datos personales, títulos, profesiones o lugares que pudieran identificar a los participantes, particularmente a los pacientes. De esta manera, la identidad de quienes tomaron parte en el intercambio comunicativo queda completamente en el ámbito privado al que pertenece la relación médico-paciente.

De los cuarenta y nueve casos seleccionamos los que son eventos comunicativos completos, es decir, aquellos en los que se identificó de inicio a fin el patrón de interacción verbal de la consulta médica y, consecuentemente, en los que hay claramente una fase de diagnóstico. Bajo este criterio, el corpus contiene treinta y siete segmentos de diagnóstico que fueron transcritos. Para reproducir por escrito dichos segmentos utilizamos una versión simplificada de la convención de transcripción desarrollada principalmente por Gail Jefferson que se emplea en el análisis conversacional. Estas convenciones son las siguientes:

⁶ Afortunadamente, ninguno de los médicos consideró esta posibilidad

(1)	Intervalo de tiempo
(.)	Intervalo de tiempo menor a un segundo
:	Elongación de vocal o consonante
<u>subrayado</u>	Énfasis
?	Entonación ascendente
{texto}	Texto en duda
{---}	Ininteligible
[	Comienzo habla simultánea
]	Fin de habla simultánea
<texto>	Habla lenta
>texto<	Habla rápida
texto	Volumen bajo
MAYÚSCULAS	Volumen alto
text-	Corte glotal
Superíndice	Número consecutivo de enunciado

Una vez transcrita la voz del médico, cada instancia fue intitulada como Caso seguido de un número consecutivo y, en cada uno de ellos, se aislaron los enunciados referentes al diagnóstico de acuerdo con criterios no solo gramaticales (en tanto cláusulas oracionales), sino pragmáticos (en tanto unidades orales reconocibles) y fueron enumerados con un superíndice para facilitar su referencia durante el análisis. Por razones analíticas, los casos fueron agrupados en tres categorías. El Grupo 1 contiene las instancias en las que reconocemos claramente un diagnóstico simple, el Grupo 2 concentra los casos en los que no aparece un enunciado diagnóstico, y el Grupo 3 presenta los casos en los que, a pesar de contener un diagnóstico, este se presenta de manera compleja. Veamos los resultados de estas estrategias metodológicas:

1. 2 El corpus

Grupo 1

Casos en los que aparece claramente un diagnóstico simple

Caso 1

Paciente de edad adulta asiste, a petición del médico, para continuar su tratamiento. La inyecta y le da una inyección más para el día siguiente.

¹esto fue una gastroenteritis la que le dio a usted um?

²es una infección intestinal

Caso 2

Paciente de cuarenta y cinco años refiere que se enfermó dos meses atrás de tos y gripe, pero que nuevamente se le empieza a cerrar la garganta en las mañanas y siente que la flema le sube y le baja.

((después de revisar la garganta))

¹eso es anginas

Caso 3

Paciente de cincuenta y dos años acude con dolor de garganta y pecho. Le recuerda al médico que es alérgica.

¹sí está irridadísima la garganta eh?

²{---} usté asma bronquial (.)

³siempre le ha dado {---} asma bronquial verdad?

Caso 4

Paciente de treinta y siete años acude con dolor de oídos y malestar en garganta con ocho días de evolución. Tomó medicamento pero no le ayudó.

¹{---} {está} complicándose con una otitis

²otitis media {---}

³que puede supurarte hasta el conducto auditivo eh?

⁴este se llama faringitis aguda eh?

((la paciente pregunta qué es lo que tiene))

⁵faringitis

⁶un problema de faringitis

⁷pero ya con con complicación de una otitis

⁸otitis media um?

Caso 5

Paciente que había acudido por una lesión en la espalda, acude nuevamente con radiografías y refiere que no ha podido dormir por el dolor. El medicamento no le ayudó. Menciona que padece reflujo y tiene el estómago inflamado.

¹tiene un defectito (2) congénito mjm

²y bueno {ps también} está hablando de rectificación de la (.) lordosis (1)

³esto quiere decir que está más derechita de lo normal

⁴o sea no está tan curvada como debiera de estar

⁵muy seguramente por la lesión que tuvo usted

((la paciente pregunta si fue por el peso que cargó o porque se cayó))

⁶de que se cayó

⁷[{---} traumática sí claro]

Caso 6

Paciente de sesenta años acude con dolor de rodillas al subir las escaleras. Anteriormente acudió con la médica por un problema de garganta, pero menciona que no quedó muy bien. También había acudido con otro médico por una caída.

((la médica revisa las piernas de la paciente))

¹{---} también ya tiene usted insuficiencia venosa

((después del examen físico))

²tiene usted una probable condromalacia en las dos rodillas

³[de des]gaste del cartílago articular

⁴tanto por la edad

⁵como por traumatismos

⁶mjm o sea por las caídas

⁷los golpes que se ha llevado sí?

⁸que es el problema de insuficiencia venosa también

⁹sí está muy desgastado ya sus cartílagos

Grupo 2

Casos en los que no aparece un enunciado diagnóstico

Caso 7

Paciente de cincuenta y nueve años acude con un cuadro gripal, pero especialmente con una alergia en su cara y alrededor de los ojos. Acudió a dermatología, a alergología, al oftalmólogo, pero sigue con el problema.

¹no es herpes?

((la paciente dice que quién sabe))

²qué tal le digo es un herpes otra cosa y estamos dando una cosa y damos otra y damos otra

Caso 8

Paciente de cuarenta y un años acude con dolor de garganta, dolor de cabeza y escurrimiento nasal de tres días de evolución. No ha tomado medicamento.

((la médica interrumpe al paciente cuando este está diciendo que su problema es que la garganta le duele))

¹[su garganta {irritada?}] (.) sí

((después de la revisión de la garganta, el paciente dice que lleva tres días así))

²[sí ya hay secreción] purulenta {---}

((el paciente dice que no sabe si es hipertenso, aunque una vez se hizo una prueba en una máquina y decía que era propenso))

³[sí] está gordito

((la médica le toma la presión al paciente))

⁴ciento treinta ochenta (1)

⁵{ai va} está en el límite

Grupo 3

Casos en los que aparece un diagnóstico de manera compleja

Caso 9

Paciente de diecinueve años asiste acompañado de su madre y de su esposa. El paciente reporta que en tres años no han podido tener hijos. Refiere que tiene problemas al orinar y dolor al momento de eyacular.

¹ sí está raro

² sí está raro

³ no eres un cuadro así típico

((la madre entra al consultorio y el médico se dirige a ella))

⁴ me parece que este: que hay dos cosas diferentes

⁵ una esto de que esté parando de que esté orinando en la noche no me checa

⁶ es: te tiene un dolorcito aquí a nivel de la ingle que llama la atención

⁷ tiene {---} un poquito ancho el el el canal a ese nivel

⁸ este pareciera que fuera más un problema de intestino

⁹ eh: él tiene problemas de este de que: (1) está con estreñimiento

¹⁰ pudiera ser un problema también de tipo este

¹¹ que hubiera algún tipo de malformación {---} que no se hubiera diagnosticado

¹² [y a] parte de eso vamos a ver el problema de la fertilidad

¹³ el que no tengan hijos pues bueno hay que ver a los dos

¹⁴ ALGO algo no me checa

¹⁵ (.) algo está mal ahí con P

¹⁶ {yo} no creo que va a ser nada grave

Caso 10

Paciente de cincuenta y nueve años acude con dolor en cuello y columna. Refiere que hace como un año le hicieron una radiografía y le dijeron que tenía escoliosis y una pequeña hernia en el cuello.

¹ igual está el problema de columna cervical {es} posible

((la paciente pregunta si el desmayo se debe a que dejó de tomar un medicamento))

²yo lo atribuyo más al: este: la inestabilidad del desmayo más bien a los problemas cervi[cales]

((la paciente pregunta si el dolor de piernas se debe también al problema de la columna))

³a la mejor ya está comprimiendo la hernia

⁴ya esté comprimiendo tal vez demasiado algún este nervio (.) y por [{está}] corriendo ya tan: rápido el dolor (10)

((la paciente dice que ya no sabe ni qué ponerse para que se le quite el dolor))

⁵sí por eso le digo que igual y a la mejor ya esté comprimiendo los nervios [importantes]

⁶y estamos hablando de una hernia

⁷igual a la mejor estamos hablando de presencia de osteofitos también en cervicales

⁸que también {comprimen} el nervio

Caso 11

Paciente de treinta y tres años acude por primera vez. Refiere caída y sangrado cuatro días antes. Una médica particular la inyectó para controlar el sangrado. Reporta mucho dolor en la cadera. También indica que se suelta del estómago y que seis meses atrás se empezó a manchar de su cara. Refiere dolor durante la menstruación.

¹es posible (1) es posible que por: eh el golpe este haya ese sangrado trasvaginal que se presentó

²es:te: (.) es posible que se haya presentado como consecuencia (.) pues fue del golpe no?

³pero este: (1) hay sangrados de tipo emocional en este caso fue por traumatismo

⁴por los cuadros diarreicos que está presentando a la mejor existe algún problema verda? por ahí

⁵me da el aspecto eh posiblemente este (.) a: pudiese haber algún problema ahí de (.) de este de hepatitis

⁶algún problema hepático

⁷había que descartar varios varios padecimientos

⁸uno de ellos eh eh: {de} que se estriñe

⁹eh pienso que ha de haber una colitis de tipo amibiano parasitario

¹⁰horita al checar abdomen (1)

¹¹es:te: como que veo que hay alguna colitis de tipo parasitario

¹²en reacciones febriles igual

¹³por (.) lo mismo había que checar si es- ah: existe alguna tifoidea

¹⁴o paratifoidea

¹⁵y dolor punzante ahí en bazo

¹⁶sin embargo el abdomen está hablando de {---} siento que va como por tifoidea

¹⁷paratifoidea

¹⁸como consecuencia de ingesta de agua contaminada

Caso 12

El paciente había acudido el día anterior con un problema gástrico, dos médicos le habían diagnosticado fiebre tifoidea. Va acompañado y lleva los resultados de laboratorio. Refiere que siente su cara muy caliente.

((el médico revisa los estudios de laboratorio))

¹no no hay nada de fiebre tifoidea

²el negativ- este el tífico salió negativo eh? (2)

((el paciente pregunta si no es fiebre tifoidea))

³no (1)

⁴A NO SER QUE sea un inicio no?

⁵que sea un inicio de fiebre tifoidea

⁶ah mira aquí dice aquí le pusieron aspecto del suero ictericia leve (3)

⁷eso sí nos tiene que llamar la atención ictericia (2)

⁸porque no sea que te pueda dar problemas de: hepático aquí eh? (2)

⁹porque no sea un problema hepático (2)

¹⁰porque dice ictericia leve (1)

¹¹si hay ictericia leve cuidado no?

¹²puede ser un inicio y un problema (1) de: hepatitis fíjate (2)

¹³pero nunca pensé que este tu problema por el lado del hígado eh?

¹⁴fíjate pues aquí dice aspecto del suero ictericia leve leve (1)

¹⁵pero aquí lo delicado que puede ser es la ictericia

¹⁶que sea un problema hepático (2)

¹⁷te digo el tífico el tífico y el proteus e:: salieron este positivos pero muy bajos bajos vaya

(4)

¹⁸ mira sí s: aquí podíamos pensar que es un inicio de fiebre tifoidea

¹⁹ pero necesitamos que pase más tiempo

²⁰ porque aquí también en este mismo pusieron en observaciones (2) se observan suero icte-
este: icterico (2)

((el médico le pregunta al paciente si se le ha ido el apetito y este responde que sí))

²¹ cansancio agotamiento fíjate?

²² no sea que sea un problema de hepático eh? (4)

((el paciente dice que toda la tarde se sintió bien, pero que después le empezó a dar un dolor
en el estómago))

²³ sí pus sigo sigue siendo por e- pensando en problema gástrico eh?

((el médico le dice al paciente que le va a pedir que se haga pruebas hepáticas))

²⁴ porque MIRA en los dos estudios me está diciendo que hay este: (2) ictericia (.)

²⁵ cuando se ponen amarillos (.)

²⁶ se observa suero lig- ligeramente icterico ligeramente

²⁷ o sea se ve que apenas está iniciando tu problema hepático

²⁸ no treinta y seis punto seis no tienes temperatura eh? (2)

²⁹ y la fiebre tifoidea pus la palabra lo dice fiebre (4)

³⁰ [y aquí te-] (1) y aquí me tenía que haber aglutinado el tífico (.)

³¹ me aglutinó pero muy poco muy poco

³² no no no me convence todavía el diagnóstico (7)

((la acompañante del paciente pregunta que hepatitis por qué))

³³ pus algún contagio un- (2)

³⁴ medio ambiente

((la acompañante dice que es viral))

³⁵ sí es viral (1)

³⁶ es un virus (2)

Caso 13

Paciente acude con estudios de laboratorio. Reporta que se le duermen las manos y las piernas y que tuvo mucha fiebre.

((el médico revisa los estudios))

¹ el azúcar está bien eh?

² mire lo que pasa es que sí está pasada de colesterol

³ sesenta y tres punto ocho de MÁS

⁴ no hay anemia

⁵ pero otro cachito más y baja su: su hemoglobina eh?

((la paciente dice que no sabe si fue la fiebre que le dio la causa de que haya bajado la hemoglobina))

⁶ sabe qué? no éste puede ser sus sangrados trasvaginales eh?

⁷ esta anemia puede haber salido de por ahí

((la paciente dice que se siente sin fuerza y que se le duermen las piernas))

⁸ eso digo que tiene

Caso 14

Paciente acude con dolor en el hombro que no lo deja dormir. Ya acudió al ortopedista y con alguien que lo sobó.

¹ mira vamos a (4)

² tu diagnóstico es un problema de artritis reumatoide por lo que estoy viendo eh?

Caso 15

Paciente de veinte años acude con ardor en el ojo debido a una roncha.

¹ sabes qué

² para mí es un inicio como de un herpes eh?

³ porque sí {---} está en la mera puntita

Caso 16

Paciente mayor acude acompañada de su esposo. Tiene tos, gripe y mucho dolor en la espalda. Dice que tiene miedo porque ya le ha dado neumonía.

¹ sabe qué?

² es muscular su problema

³ porque los pulmones se oyen muy bien eh?

((la paciente dice que sí le arde la garganta))

⁴sí ahí está el problema

⁵pero no

((el médico revisa la garganta))

⁶{---} está muy eh

Caso 17

Paciente acude por primera vez con gripe, ardor de garganta y escurrimiento nasal desde hace un mes.

¹fíjate

²yo te veo {nada más el} problema de faringe mano (1)

³no hay anginas están bien {---} (.)

⁴la faringe

⁵y un poco como {siento} el segundo problema es alergia (3)

Caso 18

El padre y la madre acuden con su hija de cinco años. Reportan que frecuentemente le sangra la nariz y no come bien ni en la casa ni en la escuela.

((el médico revisa el abdomen))

¹no {---} no hay inflamación

²{---} hay un poco de movimientos intestinales

((el médico habla de sacar los tiempos de coagulación de la paciente))

³yo estoy seguro que seguramente se mete el dedo

⁴se- ya durmiendo se mete el de- se molesta

⁵[y {ahí está}] podíamos pensarlo no?

Caso 19

Paciente de cincuenta y un años acude con dolor en los codos desde hace un mes.

((después del examen físico))

¹los pies las piernas la piel se le está haciendo como los viejecitos

²{---} se ve la piel no? y vea y se está haciendo como viejecito

³ya hay manchas cafés

- ⁴pero es por falta de circulación
- ⁵siento que el problema ahorita que revisé la garganta
- ⁶hay unas lesiones puntiformes que están en ahí en garganta
- ⁷esas lesiones puntiformes corresponden a una bacteria que se llama {estreptococo}
 ((el paciente pregunta si lo de sus brazos es también ese problema de circulación))
- ⁸el dolor en articulaciones en los codos pienso que es por un estreptococo
- ⁹o puede ser algún problema de ácido úrico
 ((el médico le pregunta al paciente si le arde la planta de los pies y este responde que no))
- ¹⁰posiblemente sea por ese estreptococo
- ¹¹o puede ser por des::calcificación
- ¹²también por descalcificación

Caso 20

Paciente de veintinueve años refiere que tuvo un dolor fuerte en el estómago toda la noche anterior. Reporta dolor de cabeza.

- ¹necesito descartar este problema de hepatitis
- ²aparte de que ha habido antecedentes de problemas eh de colon
- ³o de intestino grueso
 ((el médico le dice al paciente que le va a solicitar varios estudios))
- ⁴para descartar descartar un cáncer de: de colon no?
- ⁵hay datos de gastroenteritis {---}
- ⁶posiblemente sea un problema de tipo bacteriano
- ⁷o un problema de hepatitis
- ⁸o algo así
- ⁹igual puede ser un cuadro algo que te hizo daño igual eh:
- ¹⁰[no hay datos no?]

Caso 21

Paciente de cuarenta y dos años lleva resultados de laboratorio para el tratamiento de garganta. Reporta que a veces continúa con dolor de garganta. En este momento acude con catarro, ardor de ojos, dolor de cabeza, dolor de garganta y tos seca de quince días de evolución.

((el médico dice el diagnóstico, mientras la enfermera anota))

¹impresión diagnóstica faringitis bacteriana

((el paciente pregunta cómo se le quita la resequedad y la comezón que siente en los ojos))

²tiene una conjuntivitis

³ como le estuviere- le estuvieron llorando los ojos

⁴pienso que se estuvo tallando ((los ojos)) con las dos y hay hiperemia

⁵en la mañana le aparecen lo que nosotros decimos chinguiñas verda?

⁶[o lagañas]

((el paciente dice que no le aparecen chinguinas, que solo siente comezón. El médico que indica a la enfermera lo que debe agragar))

⁷mjm en el diagnóstico aquí le agregamos conjuntivitis

⁸[aquí en evolución prurito]

⁹prurito ocular

Caso 22

Paciente de treinta y tres años acude con garganta irritada. Reporta que hace un mes donó plaquetas y siente que está bajo de defensas.

¹están las bolitas

²sí [se siente sí se las siente?]

((el médico le pide a la paciente que abra la boca))

³pero sí {---} sí la faringe está {hiperémica}

⁴hay úlceras

((el médico le dicta el diagnóstico a la enfermera))

⁵impresión diagnóstica faringitis (4) aguda (9)

⁶faringitis aguda

Caso 23

Paciente de treinta y cinco años acude con análisis de laboratorio. Reporta mejoría en el dolor de espalda, pero también un poco de estreñimiento.

¹subieron mucho los triglicéridos

²sí lo único que está bien alto sus: triglicéridos

³y eso pues lo lo pone en riesgo de un infarto

⁴u otra cosa

⁵está disfuncional un poco la glándula tiroides

⁶sí subió mucho su factor de riesgo coronario mjm?

((el paciente pregunta si es del corazón y la médica responde que sí))

⁷precisamente porque subieron mucho los triglicéridos

⁸y los lípidos mjm?

((el paciente pregunta si el estreñimiento se debe a que come mucha grasa))

⁹m: no no es otra cosa

¹⁰yo creo que de hecho su intestino es perezoso mjm

¹¹también por eso está gordito

¹²por el estreñimiento (2)

¹³también eso ayuda a subir de peso

Caso 24

Paciente de sesenta años acude con gripe y ardor de garganta. Lleva receta de cardiología y de la consulta general.

¹y ya la otra receta que le doy por- por su amigdalitis ya no hay necesidad de que se la: autoricen

Caso 25

Paciente de cincuenta y cinco años acude con análisis de laboratorio, refiere que se siente mejorada pero que le sube y le baja el calor. Ha estado en tratamiento por salmonelosis, pero no se ha podido controlar. Reporta dolor en el cuerpo.

((después de revisar los análisis))

¹en las reacciones febriles en las que están (.) apareciendo otra vez {---} altos los títulos

²{pues eso} tiene usted salmonelosis (1) nuevamente

³el: tífico hache uno por trescientos veinte está muy alto

⁴y el be uno por ciento sesenta

((la paciente pregunta si el dolorcito que siente es la columna))

⁵no acuérdesse que finalmente esto da artralgias generalizadas

⁶o sea todo el organismo hay dolor de huesos severo

⁷de hecho provocan: artritis

⁸no es una artritis reumatoide propiamente no?

⁹es una artritis reactiva a la infección

((la paciente dice que parece como si tuviera una hernia))

¹⁰[no] tiene una artritis {---}

¹¹por eso está así

((la paciente dice que siente como punzadas en la espalda))

¹²ardor {---}

¹³artralgias que (.) propias del (.) la enfermedad que tiene

¹⁴la salmonella

((la paciente pregunta si es una bacteria))

¹⁵es {una} bacteria {sí}

((la médica dice que le va a hacer otros estudios en un mes))

¹⁶vi que tenía usted muchos parásitos también

Caso 26

Paciente de treinta años reporta mucho cansancio, dolor en las piernas y sueño. Refiere que se siente mareada al caminar o al agacharse y siente que a veces todo le da vueltas.

((la médica le hace varias pruebas a la paciente, entre ellas, le pide que toque con su dedo su nariz y después el dedo de la médica))

¹sí hay una pequeña desviación en lo del dedito

²de tu lado este derecho perdías la noción de la distancia de- de mi dedo

³y en la marcha igual

⁴hacia tu lado derecho como que de repente había un un un ligero este: una ligera rotación sale?

⁵tu presión está totalmente normal

⁶pero lo que sí eh hay que checar es tu oído

⁷en nuestros oídos se encuentra lo que es el centro del equilibrio sí?

((la paciente dice que de repente como que sí le duelen los oídos))

- ⁸y seguramente a la mejor escuchas un poquito menos con este oído si pones más atención
- ⁹sí porque tu presión está normal eh?
- ¹⁰te mando al otorrino porque es importante ver que tu membrana timpánica primero esté íntegra
- ¹¹que no haya perforaciones que pueden ser común que se hagan hasta con un cotonete
- ¹²o puede estar muy inflamada por el manipuleo ajá?
- ¹³puede ser que también tuviste una gripe mal cuidada o mal tratada
- ¹⁴y esta- mo- hubo moquito que se pudo haber ido hacia el oído
- ¹⁵y ocasionarte una otitis media
- ¹⁶que sería la inflamación de la membrana timpánica
- ¹⁷puede ser una lajita de cerilla que esté pegada a la membrana timpánica y eso nos cause cierto mareo
- ¹⁸o un verdadero tapón como como roca que también nos puede estar ocasionando aparte de un poco de sordera mareo okey?
- ¹⁹esperemos que sea un tapón de cerilla que sería así como que lo más fácil no?
- ((la paciente dice que a veces le dan como escalofríos))
- ²⁰vamos a descartar que no haya una salmonelosis
- ²¹porque esa caracteriza el dolor de cabeza
- ²²un cansancio intenso sobre todo en la tarde
- ²³puede haber nausea
- ²⁴puede haber un poquito de de mareo
- ²⁵escalofrío generalmente en la tarde ajá?
- ²⁶y esto puede estar asociado a una salmonelosis
- ²⁷que es una bacteria en el estómago
- ²⁸pero lo más seguro por lo que vimos es que sea algo en tu oído hecho?

Caso 27

Paciente de setenta y cuatro años acude con su hija porque le duelen sus rodillas, la espalda, la cintura, la cabeza, los ojos y piernas. Reporta que se pone afónica, que le duele la garganta y que en las mañanas amanece con el paladar reseco.

((la paciente menciona que un tiempo tuvo reflujo, la médica revisa la garganta))

¹ahí hay un poco de inflamación ahí

²y sí en efecto se ve un poquito quemado

((la médica revisa el abdomen))

³le hacen mucho ruidito verdad?

((después del examen físico))

⁴pues hay- hay mucha::m está funcionando mal su su digestión eh?

⁵se- seguramente en la tarde se le hace una pancita como de embarazo

⁶muy esponjadita

⁷le aprieta su ropa

⁸mucho gasecito

((después de elaborar la receta))

⁹bueno horita básicamente lo que vamos a tratar es la: la gastritis

¹⁰tiene- aunque no sienta esas agruras

¹¹o ese reflujo

¹²lo tiene

¹³tiene bien quemadita la garganta

¹⁴[bien bien bien quemadita]

¹⁵vamos a manejar también algo para su digestión que viene muy muy distendida

¹⁶hay poco movimiento intestinal

¹⁷tiene mucha fragilidad en sus en sus venitas

Caso 28

Paciente de treinta y nueve años reporta dolor de espalda, garganta y pecho. Indica que está amamantando a su bebé de cuatro meses.

¹no se escucha eh mucha obstrucción ((en los bronquios))

²pero sí hay un poquito de de flemita por ahí

³no sea que vaya a caer una neumonía

⁴o una bronquitis

⁵o una cosa más más seria

⁶seguramente se está sonando muy fuerte que a veces está saliendo sangradito

Caso 29

Paciente de cuarenta y nueve años acude con su hija de veintitrés años y refiere que le salieron barritos con pus y paño en la cara. Dice que se le reseca mucho la piel. No ha cambiado de jabón. Su hija tiene el mismo problema.

¹{---} sí se le ve su poro muy muy abierto eh?

((la paciente pregunta por qué se les hace así))

²porque se contamina

³nos rascamos y se y se infecta

⁴{---} tiene mira tiene

⁵es que son muchos factores

⁶el:: el carácter que tengamos

⁷si somos muy aprehensivos muy enojones muy nerviosos

((la paciente dice que sí es muy enojona))

⁸bueno eso influye influye totalmente

⁹si utilizamos el agua muy caliente para bañarnos

¹⁰si nos gustan mucho las botanas cheetos palomitas chocorroles

¹¹o comemos mucha grasa en la en en casa a lo mejor capeados o la memela o el molote eh los tamalitos

¹²todo eso que lleva o manteca o grasa todo eso se se se refleja muchas veces

((la paciente comenta que le dijeron que no le fuera a dar cáncer de piel))

¹³[no cáncer de piel no]

((la paciente dice que qué mal se ve su piel))

¹⁴ sí no no no (.) sí está bien maltratada también

Caso 30

Paciente de cuarenta y seis años refiere que no se le quita el catarro desde hace un mes. Tiene cosquilleo en la nariz.

((la médica revisa la garganta))

¹no pus tiene una infección

²hasta trae fiebre no?

((la médica revisa los pulmones))

³pues sí trae una infección eh? (3)

⁴trae una infección ahí

⁵[sí está medio fea]

Caso 31

Paciente de cuarenta y seis años acude nuevamente con estudios de laboratorio. Antes había reportado dolor de garganta y ahora refiere gripe.

¹pues sí es que sí hay una una una bacteria eh?

²{por eso es} que nos está dando lata esta gripita que se nos quita y a los cinco días otra vez estamos como mormados

((la médica revisa la garganta))

³no pues sí (.) bien inflamada eh? su garganta

⁴sí está está es medio agresivón este este bicho

((la paciente pregunta si le puede mandar algo para el dolor de cabeza))

⁵y es que se queda mucho moco estancado

⁶y eso hace que aumente la presión

⁷y aunque se suene no sale del todo el moquito

⁸se queda en la parte de hasta atrás espeso

((la médica le da a la paciente la orden para un examen general de orina))

⁹que está muy ligado este: infección de vías urinarias con eh: la garganta

¹⁰a veces son los mismos bichos

¹¹y esto puede ser que a la mejor empezamos con una infección de vías urinarias que no nos dimos cuenta

¹²puede ser igual por la misma falta de de ingesta de líquidos sí?

¹³y este se- complicarse con una faringoamigdalitis que es lo que trae usted okey?

Caso 32

Después del tratamiento, paciente acude con estudios de laboratorio. Refiere que le fue muy bien con el tratamiento y que está orinando mejor. El medicamento no le cayó pesado en el estómago.

¹el riñón está filtrando padrísimo

- ²que está que está muy bien el riñón no?
- ³entonces eso es buena noticia
- ⁴el azúcar está un poquito alta ciento veintisiete
- ⁵no es una cosa que preocupe
- ⁶pero sí está un poquito alta
- ⁷el examen de orina está sensacional
- ⁸esta como quinceañero
- ⁹está muy bien muy limpia la orina
- ¹⁰y el antígeno prostático pues qué cree?
- ¹¹no está bien está mejor mejor que bien
- ¹²bajó mucho el antígeno prostático
- ¹³que es buena noticia
- ¹⁴es muy buena noticia
- ¹⁵yo creo que como le había dicho esto era una infección en la próstata
- ¹⁶y esta infección estaba ocasionando que subiera el antígeno prostático
- ¹⁷y que se sintiera menos- (.) mal
- ¹⁸que no estuviera orinando cómodo
- ¹⁹entons vamos por buen camino

Caso 33

Paciente acude nuevamente con ultrasonido después de un mes de tratamiento; sin embargo, refiere que no mejoró nada, que sigue con el mismo dolor en el lado derecho del abdomen y en el testículo derecho. Reporta que desde hace tres días le salieron unos granitos en el pene y le da comezón.

((el médico revisa el ultrasonido))

¹{---} no se ve ningún problema a nivel del testículo

²que llama la atención

³o sea no hay no hay varicocele

⁴que era la otra posibilidad que teníamos

((el médico examina al paciente))

⁵fíjate que yo no veo ningún otro problema oye (3)

⁶o sea me llama la atención

⁷ porque no veo ningún otro problema que pudiera explicarlo esto este: (5)
⁸ este te vamos a dar un tratamiento para ese honguito que te salió en el pene
⁹ eso bueno hay que tener cuidado no?
((el paciente pregunta a qué se debe que le haya salido un hongo en el pene))
¹⁰ es un hongo que que tiene que ver con este con baja de defensas
¹¹ que me llama la atención
¹² porque pues no eres no eres diabético (.) ni ni nada
¹³ entonces algo está algo está mal
¹⁴ es que no veo un problema (2) que me explique esto me explico? (3)
((el paciente pregunta si el testículo está normal))
¹⁵ el testículo está bien
¹⁶ o sea no hay cáncer
¹⁷ no hay ningún problema este:: (8)
¹⁸ o sea el testículo está bien
¹⁹ a nivel de la pared está bien
²⁰ este: pareciera o sea por las características clínicas me pareciera que fuera una hernia
²¹ pero ya te vieron los cirujanos (1)
²² los cirujanos dijeron que pues que no había nada no?
²³ este: ya te vio el ortopedista y tampoco ve nada
²⁴ no me checa
²⁵ como que: (3)
²⁶ pareciera un cosa como más muscular
²⁷ más a nivel de la pared me explico?
((el médico le pregunta al paciente si le parece bien que le hagan la prueba del sida))
²⁸ porque no me checa estos hongos ahí abajo
²⁹ o sea no creo que haya ningún problema
³⁰ pero tener más de veinte relaciones más de veinte parejas es un factor de riesgo a pesar de
que tengas preservativo
³¹ [yo no veo nada el ultrasonido está bien]
³² este: (2) no veo nada grave
³³ o sea no veo nada

³⁴no veo cáncer

³⁵no veo ningún problema

³⁶que es buena noticia

³⁷algo que no me checa

³⁸algo que no estamos terminando de de arreglar

Caso 34

Paciente de setenta y tres años acude después de dos años de haber sido operado de la próstata. Lleva dos meses buscando al doctor que lo atendía y dice que nunca está. La última vez que lo vio fue porque orinó sangre a unos días de haber tenido relaciones, por lo cual le mandó tratamiento. El problema es que su antígeno prostático ha salido muy alto.

¹este llama la atención que su antígeno prostático ha ido subiendo

((el médico examina físicamente al paciente))

²no hay sangrado

³llama la atención

⁴probablemente sea un poquito de sangrado

⁵por lo mismo que le pasó al momento de tener relaciones

⁶la próstata estaba a lo mejor terminando de cicatrizar

⁷porque a lo mejor por ahí va las cosas (.) que me {pudieran} explicar por qué tenía estas molestias

⁸y por qué tenemos esta elevación del antígeno prostático

⁹porque no me checa

¹⁰como que falta todavía terminar de tratar bien esto no?

((el médico sale del consultorio por casi dos minutos y comienza a escribir la receta; le pregunta al paciente si tiene dudas y este responde que la única duda es el sangrado))

¹¹puede ser que después de la cirugía este: (1)

¹²se queda este: como la la zona de la próstata sensible

¹³por qué? porque se des- se corta todo esto

¹⁴entons esto tiene que reepitelizar

¹⁵vuelva a crecer lo que lo que cubre a la próstata no?

¹⁶entonces eso pudiera explicarme por qué esto (2) esto sangra me explico?

¹⁷es normal que haya sangrado después de la cirugía

¹⁹pero fue cuánto tiempo después?

((el paciente responde que después de casi un año))

¹⁹por eso no me checa me explico?

²⁰hora qué es lo que pasa?

²¹que esto creció

²²y entonces esto hay que darle tiempo a que se desinflame

²³que esto {vuelva a} crecer

Caso 35

Paciente de sesenta años acude con los resultados de la segunda biopsia de próstata.

¹excelente noticia

²excelente noticia [no?

³ya es la segunda biopsia]

⁴entonces este (.) teniendo dos biopsias negativas

⁵esto nos tranquiliza mucho

⁶porque se acuerda que le platicaba

⁷[este si yo quiero]

⁸o sea si yo qui- si si el tumor

⁹si hubiera cáncer grande

¹⁰en el primer piquete lo encuentro (.)

¹¹ya llevamos veinticuatro piquetes

¹²y en ninguno de los veinticuatro piquetes ha habido ha habido cáncer

¹³entonces eso es buena noticia

¹⁴y la segunda biopsia con prostatitis es excelente noticia

¹⁵porque tranquiliza más

((el médico explica que hay cuatro tipos de prostatitis))

¹⁶y la cuatro es la crónica (.) asintomática que es la que tiene usted

¹⁷que no tenemos ninguna molestia

¹⁸que la patología nos reporta hay inflamación

¹⁹hay infiltración de la próstata

²⁰digo van bien las cosas

²¹[podemos estar tranquilos]

Caso 36

Paciente acude con ultrasonido. Continúa con dolor en el testículo izquierdo. No mejoró nada después del tratamiento. También reporta molestia del lado del riñón izquierdo. Lo refieren a cirugía para valorarlo.

((el médico revisa el ultrasonido))

¹ tienes una piedrita en el riñón izquierdo (1)

² la vejiga está bien

³ que es una piedrita pero chiquitita (.)

⁴ igual la misma piedrita

((el paciente dice que en el ultrasonido le dijeron que tenía tres piedritas))

⁵ e: no te preocupes

⁶ son muy chiquitas

((el paciente pregunta por qué es el dolor, pero el médico no responde))

⁷ yo creo que este: (4)

⁸ es que no me checa (1)

((el médico habla en voz alta mientras anota la cita con los cirujanos))

⁹ probable hernia

¹⁰ como que no me checa

¹¹ yo no creo que haya nada

¹² creo que es un dolor de espalda namás

¹³ porque no me checa no va:-

((el paciente dice que el dolor de espalda ha disminuido, pero el dolor de testículo no))

¹⁴ yo veo que las cosas están bien

¹⁵ o sea no veo mayor problema

¹⁶ el dolorcito de las piedras es un dolor crónico

¹⁷ no veo mayor problema

¹⁸ creo que hay que darle chance [{sí?}]

Caso 37

Paciente acude nuevamente después de haber sido dada de alta dos años atrás. Refiere que volvió a tener el mismo problema de infección en vías urinarias. Dice que empezó con gripa y a los dos días empezó con dolor y ardor. Tuvo fiebre durante tres días y dolor en la espalda.

¹yo creo doña N... que otra vez tenemos un poquito de infeccioncita

²este: es normal

³este ya habíamos arreglado muchos hábitos

⁴y habíamos estado mucho mejor

((la paciente dice que así sigue))

⁵[este:] pero bueno pus ya estamos mucho mejor

⁶antes estábamos a cada ratito

⁷y ya [vamos] por mejor camino

((la paciente dice que le preocupó mucho el dolor de atrás, porque le dolía mucho para sentarse y acostarse))

⁸[yo creo que] yo creo que es esto nomás que estamos platicando eh?

⁹no pasa nada (.) eh?

¹⁰vamos a ver

((la paciente dice que eso espera))

De esta manera constituido el corpus, en los siguientes capítulos nos proponemos dar cuenta primero del instrumental teórico-analítico, para, en un segundo momento, presentar el examen de los datos en los tres niveles de organización del discurso que constituyen nuestra propuesta de investigación.

CAPÍTULO 2

LA HERRAMIENTA DE ANÁLISIS

Como mencionamos en la introducción, para el análisis de la secuencia del diagnóstico tomaremos en cuenta los tres niveles de organización del discurso oral interactivo que nos hemos propuesto estudiar: conversacional, discursivo evaluativo y temático-referencial. En el presente capítulo expondremos los conceptos teóricos que nos guiarán en el análisis de cada uno de los niveles mencionados. Es importante señalar que esta herramienta de análisis fue elegida una vez que observamos en los datos que recopilamos un gran número de elementos que marcaban los enunciados en los que el médico daba a conocer el diagnóstico al paciente.

2. 1 El primer nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico

2. 1. 1 La secuencia de interacción del diagnóstico y su estructura conversacional

Para dar cuenta de la estructura conversacional en la que emerge el diagnóstico, particularmente el nivel de preferencia y despreferencia de las segundas partes de un par adyacente, tomaremos como referencia el modelo de análisis conversacional desarrollado por Sacks, Schegloff y Jefferson (1974), quienes afirman que:

“La conversación no es solo el modo de interacción social más ampliamente usado ni la forma en la que el lenguaje (...) se adquiere por primera vez, sino que también consiste en la matriz más completa de prácticas y procedimientos comunicativos socialmente organizados.” (Atkinson y Heritage, 1984: 12-13)

Si bien la consulta médica como práctica social en un marco institucional no es una conversación propiamente dicha, sí comparte los rasgos y elementos esenciales de esta última, como es el intercambio de turnos que se rige por un conjunto de reglas. Ciertamente, la

conversación cotidiana es, por lo general, el punto de referencia para llevar a cabo investigaciones en contextos institucionales. Así, por citar solo dos ejemplos de los alcances de esta perspectiva, Maynard (1991) estudia la forma en que el médico usa la perspectiva del propio paciente para persuadirlo de la validez del diagnóstico y que este lo acepte con mayor facilidad. Para el autor, este tipo de secuencias caracterizadas como series de proyección de perspectivas⁷ (*perspective display series*) tienen su origen en la conversación de todos los días. Por otra parte Ainsworth-Vaughn (2003) encontró que las narraciones y las historias, que forman parte de la estructura conversacional, son muy importantes en la interacción médico-paciente ya que la narración se convierte en el medio por el cual el médico y el paciente especulan sobre los diagnósticos o los descartan.

De acuerdo con el modelo de análisis conversacional, particularmente la revisión que hace Levinson (1989) de los trabajos pioneros de Sacks, Schegloff y Jefferson (1974), la conversación está organizada en un sistema de dirección local determinado por un sistema de dirección general, del que deberemos aislar a la secuencia del diagnóstico. En los siguientes puntos, así como lo hace Levinson, nos ocuparemos primero de los elementos mínimos de la interacción, es decir, de los pares adyacentes y sus tipos de pertinencia condicional, para después abordar la organización general del encuentro entre el médico y su paciente, esto es, el patrón de interacción socio-verbal.

2. 1. 2 El sistema de dirección local del diagnóstico

Entre los aspectos locales que organizan la estructura conversacional está un conjunto de reglas que gobierna la alternancia de turnos. El final de cada turno constituye un lugar pertinente de transición reconocible (LPT) en el que aplican dichas reglas para asignar el turno siguiente. Si después de un LPT hay un silencio, este puede interpretarse como un intervalo, un lapso o un silencio significativo, dependiendo de la regla de asignación de turno que se aplique⁸ o bien del contexto, es decir, los turnos anterior o siguiente.

⁷ La traducción es nuestra.

⁸ Las reglas que gobiernan la alternancia de turnos, según Sacks, Schegloff y Jefferson (1974), son las siguientes:
Regla 1. Se aplica inicialmente en el primer lugar pertinente de transición (LPT), esto es, al final de un turno en el que los hablantes pueden intercambiarse.

En el sistema de dirección local, los pares adyacentes son las unidades mínimas que constituyen la organización conversacional y se definen, según Sacks y Schegloff, como “...secuencias de dos enunciados que son:

- (i) adyacentes
- (ii) producidos por hablantes diferentes
- (iii) ordenados como una primera parte y una segunda parte
- (iv) clasificados de manera que una determinada primera parte requiere una determinada segunda [parte] (o una gama de segundas partes)...” (citados por Levinson 1989: 290)

Levinson, sin embargo, prefiere emplear el concepto de pertinencia condicional más que el de *adyacencia* expresado en el criterio (i), pues basta que en un turno se establezcan ciertas expectativas para que se espere que estas sean atendidas por otro hablante, ya sea en el siguiente turno o en algún otro momento de la interacción, es decir, ante una pregunta se espera y es pertinente que haya una respuesta, no necesariamente adyacente, ya que la primera y la segunda parte pueden estar separadas, por ejemplo, por una secuencia de inserción. La respuesta a una pregunta puede incluso estar ausente siempre y cuando se justifique (en estos casos, cuando no hay respuesta, casi siempre hay una justificación en su lugar).

Pero más relevante para nuestros propósitos analíticos es el concepto levinsoniano de segundas partes preferentes y despreferentes que se desprende del criterio (iv). Según Levinson, las segundas partes de un par adyacente que son preferentes son a la vez no marcadas y simples, mientras que las despreferentes son marcadas y, por lo tanto, su estructura es más compleja. Estas segundas partes despreferentes suelen ser evitadas de acuerdo con la regla para la producción del habla que dice “trátese de evitar la acción despreferida”. Las segundas partes despreferentes se identifican porque

-
- (a) Si A (hablante actual) selecciona a S (hablante siguiente) durante el turno actual, entonces A deja de hablar y S debe hablar a continuación; la transición entre uno y otro tiene lugar en el primer LPT después de la selección de S.
 - (b) Si A no selecciona a S, cualquier (otra) parte puede autoseleccionarse; el primer hablante adquiere los derechos para el turno siguiente.
 - (c) Si A no ha seleccionado a S y ninguna otra parte se autoselecciona según la opción (b), A puede (aunque no necesariamente) continuar.

Regla 2. Se aplica en todos los LPT subsiguientes.

Cuando la regla 1 (c) ha sido aplicada por C, entonces en el siguiente LPT se aplican las Reglas (a)-(c), y recursivamente en el siguiente LPT, hasta que se efectúa un cambio de hablante. (Levinson, 1989: 284-285)

1. generalmente las antecede una demora significativa que puede ser una pausa antes de la respuesta, el uso de iniciadores de enmienda (para corregir malentendidos o problemas en la audición) e incluso secuencias de inserción (secuencias de enunciados entre la primera y la segunda parte de un par),
2. van encabezadas por algún tipo de prefacio como marcadores del discurso o atenuadores que anuncian la respuesta despreferente,
3. van acompañadas de explicaciones que justifican por qué no hay una segunda parte preferente, y/o
4. van acompañadas de negativas o componentes de declinación.

Las segundas partes preferidas, por el contrario, no están rodeadas de demoras, silencios, o prefacios que anuncian a las segundas partes despreferentes. Estos conceptos de preferencia o despreferencia no implican que las expectativas de las segundas partes de un par adyacente sean ilimitadas, sino que el conjunto de lo que se puede considerar una segunda parte condicional es simplemente más amplio.

En el caso de la consulta médica, partimos de la idea de que el paciente, cuando acude al consultorio, hace una primera pregunta, implícita o explícita, a saber, *¿qué tengo?*, ante la cual se espera y es pertinente una respuesta del médico. Resulta entonces relevante ver de qué manera el médico atiende o responde a la pregunta planteada por el paciente. Por ejemplo, en el caso 7 de nuestro corpus, la paciente pregunta qué es lo que tiene, a lo cual el médico responde:

Caso 4 ⁵faringitis
 ⁶un problema de faringitis
 ⁷pero ya con con complicación de una otitis
 ⁸otitis media um?

Como observamos, hay una segunda parte pertinente, no marcada, que le da el carácter de preferente en el contexto.

En el caso 36, por el contrario, una vez que se descarta la presencia de unas “piedritas” en el riñón izquierdo y la vejiga como probables causas de uno de los dos dolores referidos por el paciente, este pregunta por qué sigue experimentando dolor en el testículo izquierdo. Después de un silencio de cinco segundos, el médico responde:

Caso 36 (5) cuando le dimos el norflex⁹ mejoró no?¹⁰

lo cual no es una respuesta esperada y pertinente, sino una petición de información que pertenece a otra secuencia de la consulta. Algunos turnos después el médico dice:

⁷yo creo que este: (4)
⁸es que no me checa (1) ...

Estos enunciados bien se pueden identificar como la segunda parte condicional de la pregunta hecha por el paciente, pero son completamente despreferentes por la cantidad de marcas: atenuadores (*yo creo*), elongaciones (*este:*), demoras (de cuatro segundos entre un enunciado y otro) y finalmente un componente de declinación (*no me checa*) que la convierte en una especie de no respuesta.

Los cuatro criterios que definen los pares adyacentes y los cuatro rasgos de despreferencia antes mencionados y ejemplificados dan cuenta, en nuestros datos, de las segundas partes condicionales, es decir, de todos aquellos turnos en los que el médico respondió a la pregunta que origina la consulta: *¿qué tengo?*, y nos ayudan a identificar como preferentes o despreferentes a las respuestas del médico en el sistema de dirección local del intercambio en su fase de diagnóstico. Como veremos, en el siguiente capítulo, esta estrategia analítica nos permitirá caracterizar al diagnóstico en la consulta médica.

2. 1. 3 El sistema de dirección general de la consulta

En el sistema general en que se ordena la consulta identificamos diferentes tipos de secuencias o pre-secuencias como las secuencias de inicio, de clausura, pre-anunciaciones, pre-peticiones, etc., las cuales determinan la naturaleza de los pares adyacentes y su secuenciación. Un patrón de interacción verbal (PIV) guía estas acciones en el sistema general del intercambio como totalidad. Entendemos por PIV “(...) las formas históricamente ensayadas y estandarizadas

⁹ El norflex, de acuerdo con el vademécum, se indica para el alivio sintomático en el corto plazo de condiciones dolorosas del sistema músculo- esquelético.

¹⁰ Esta pregunta del médico es el turno que sigue inmediatamente a la pregunta del paciente. En la medida en que no es parte del diagnóstico, no aparece aquí numerado como enunciado del corpus, pero lo incluimos para mostrar la forma particularmente despreferente con que el médico enfrenta la pregunta del paciente.

(...) que constituyen diferentes caminos para resolver los problemas planteados (...) (por un grupo social en situaciones de interacción verbal.)” (Hamel, 1982: 70), en otras palabras, se refiere a los esquemas organizativos o pasos que guían a los participantes de una interacción para llevar a cabo una tarea comunicativa.

Diferentes autores han abordado la organización secuencial de la consulta médica, entre ellos, los médicos Engel y Morgan (1973), quienes afirman que esta se desarrolla generalmente en nueve pasos:

1. El médico saluda al paciente, se presenta y define su rol profesional.
2. Averigua cómo se siente el paciente en ese momento y lo hace sentir cómodo antes de proseguir.
3. Invita al paciente a mencionar todos los síntomas y molestias que lo hicieron visitar al médico.
4. Examina detalladamente las manifestaciones de la enfermedad actual y el desarrollo de cada uno de sus síntomas, al mismo tiempo que escucha y sigue las referencias del paciente.
5. Pregunta al paciente sobre enfermedades pasadas.
6. Pregunta acerca del historial médico familiar.
7. Explora la situación actual del paciente.
8. Examina sistemáticamente los síntomas en determinadas áreas.
9. Pregunta si el paciente tiene algo que agregar o preguntar, revisa la precisión de ciertos detalles importantes y le informa al paciente del siguiente paso.

Byrne y Long (1976) identifican seis fases en la consulta médica:

- I. Relación con el paciente
- II. Razón de la consulta
- III. Conducción del examen físico, verbal o ambos
- IV. Evaluación de la condición del paciente
- V. Se detalla el tratamiento o estudios adicionales
- VI. Fin de la consulta

Heath (1990: 96), por otra parte, habla de “dos eventos secuencialmente relacionados”:

1. El descubrimiento o bien la evaluación del padecimiento actual del paciente
 - a) Preguntas prácticas para valorar un diagnóstico
 - b) Entrevista verbal
 - c) Examen físico
2. El manejo o tratamiento recomendado del padecimiento

Finalmente, ten Have (1989) menciona seis actividades de habla:

- I. Inicio
- II. Padecimiento
- III. Examen o prueba
- IV. Diagnóstico
- V. Tratamiento o recomendación
- VI. Cierre

Si bien hay un orden recurrente, más o menos establecido para esta situación comunicativa, debemos considerar que este se actualiza en cada momento y en cada interacción. En este nivel, los participantes ponen en marcha sus conocimientos acerca de este tipo de interacción, es decir, echan mano de los recursos que han adquirido de instancias o experiencias previas para llevar a cabo lo que conocemos como consulta médica. Para esclarecer el concepto de patrón de interacción verbal tomemos las consultas médicas que hemos registrado para nuestro estudio y observemos que conforman un modelo recurrente. En estos registros, las secuencias de elementos adyacentes se suceden en el siguiente orden:

- 1. Secuencia de pre-inicio
- 2. Inicio
- 3. Entrevista
- 4. Examen físico
- 5. Diagnóstico
- 6. Tratamiento
- 7. Secuencia de pre-clausura
- 8. Clausura

Como observamos, este esquema es muy similar al que propone ten Have, excepto por las secuencias de pre-inicio y pre-clausura que son los instantes previos en que se prepara o se anuncia, respectivamente, el inicio y la clausura del evento comunicativo. Ahora bien, cada una de las fases mencionadas comprende, a su vez, un conjunto de pasos.

1. *Secuencia de pre-inicio*. En la secuencia de pre-inicio identificamos los saludos, la presentación del médico (si se trata de la primera consulta), lo que Coupland *et al.* (1994) llaman habla orientadora¹¹ (*dispositional talk*), es decir, el médico le pide al paciente que tome asiento, en algunos casos le pide que espere un momento en lo que el médico se lava las manos, termina

¹¹ La traducción es nuestra.

de organizar el expediente del paciente anterior o revisa el del paciente en turno. Generalmente cuando el paciente acude por primera vez, el médico le indica que le va a hacer varias preguntas para abrir su expediente o para registrar la consulta. Una vez concluida esta fase, el médico pregunta el motivo de la consulta o bien cómo ha estado el paciente, cómo le fue con el tratamiento, o si mejoró. Este tipo de preguntas son las que marcan el inicio de la consulta.

2. *Inicio.* En la secuencia de inicio se establece el o los motivos de la consulta, al paciente se le otorga un turno más o menos largo para hablar de su padecimiento, describir lo que siente o narrar algo que le sucedió y que lo llevó a consultar al médico. A lo largo de esta descripción o narración es común que el médico interrumpa al paciente para hacer preguntas sobre lo que este último va diciendo, ya sea para aclarar algunos datos, para redireccionar el curso de la descripción, para cambiar de tema o para pedir información e ir llenando el expediente. Una vez que el paciente ha dado cuenta de lo que le pasa, el médico inicia la fase de entrevista.

3. *Entrevista.* La fase de la entrevista se caracteriza por una serie de preguntas hechas por el médico acerca de, por ejemplo, la sintomatología, enfermedades pasadas o medicamentos que el paciente esté tomando. Una vez concluido el interrogatorio, se da paso al examen físico.

4. *Examen físico.* Durante el examen, generalmente, tanto el médico como el paciente cambian de espacio físico. En este momento, el médico toma los signos vitales del paciente y, dependiendo del padecimiento lo ausculta, le pide que abra la boca, que se descubra el brazo, las rodillas o la parte del cuerpo a examinar; en algunos casos le pide al paciente que se suba a la mesa de auscultación y que se coloque o se mueva de cierta forma. Una vez concluido el examen físico, el médico por lo regular le indica al paciente que ha terminado de examinarlo, que se puede cubrir, y que puede tomar asiento.

5. *Diagnóstico.* Con la información que el médico ha recabado tanto del paciente y de la entrevista como del examen físico, el médico está en la posición de poder dar un diagnóstico, es decir, de responder a la primera pregunta virtual que el paciente hace cuando se presenta en el consultorio: *¿qué tengo?*

6. *Tratamiento.* Una vez que el médico ha identificado el problema, o bien la ausencia de este, sigue con la fase de tratamiento. Si, efectivamente, el médico ha detectado el problema, entonces prepara un plan y le indica al paciente de qué manera va a poder superar su enfermedad, es decir, qué medicamentos deberá tomar, qué dieta deberá seguir, qué acciones deberá llevar a cabo, qué exámenes de laboratorio se deberá hacer, y si tendrá que consultar a un especialista. En

esta fase, el médico le pregunta al paciente si es alérgico a algún medicamento y con base en ello elabora la receta y las órdenes de laboratorio. Por tal motivo, esta fase se caracteriza por un silencio largo por parte del médico que el paciente puede aprovechar para hacer algunos comentarios adicionales o bien para aclarar posibles dudas sobre su padecimiento. Una vez que el médico termina con la receta y/o la orden de laboratorio, le explica al paciente qué medicamentos le está mandando y cómo se deben tomar; en ocasiones le explica si el tratamiento se contrapone o no con los análisis clínicos. También en la fase de tratamiento es común informar al paciente cuándo será su siguiente cita.

7. *Secuencia de pre-clausura.* En la fase de pre-clausura, el médico y el paciente preparan la despedida, generalmente con una marca discursiva como *bueno*, hacen comentarios finales, y, en ocasiones, el médico pregunta si hay alguna duda.

8. *Clausura.* La fase de clausura es la despedida, propiamente dicha. El paciente da las gracias, se levanta y se dirige a la puerta. En el HUP, es una práctica común que el médico le pida al paciente, una vez que este está en la puerta, que llame al siguiente paciente.

De las fases que conforman el PIV, hay dos que son fundamentales tanto para el médico como para el paciente, pues en ellas se puede responder a las dos preguntas que motivan al paciente a buscar atención médica: *¿qué tengo?* y *¿cómo me puedo curar?* Nos referimos a las fases de diagnóstico y tratamiento.

Como ha quedado claro al exponer la metodología de este estudio, nos centraremos en la secuencia del diagnóstico en donde el médico identifica y provee información al paciente sobre su padecimiento. En el análisis iniciaremos entonces por aislar los enunciados que conforman este paso en el patrón del intercambio, pues en su desarrollo hemos encontrado las bases que perfilan la observación que propicia el interés de nuestra investigación: caracterizar el enunciado o conjunto de enunciados del diagnóstico en la consulta médica. Mostraremos de esta manera que este conjunto de enunciados constituye la estrategia global del médico para dar un diagnóstico de manera no compromisiva. Está de más decir las implicaciones que esto tiene para las acciones que los participantes puedan realizar en la siguiente fase, es decir en la de tratamiento.

2. 2 El segundo nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico

Con la finalidad de poner al descubierto la función que cumplen los marcadores en las respuestas despreferentes en la secuencia del diagnóstico, los redefiniremos, en un nivel diferente de organización del discurso interactivo entre los participantes en la consulta, como procedimientos de evaluación. Efectivamente, el uso sistemático de marcas en las respuestas del médico no puede considerarse fuera del contexto de su ocurrencia. Las pausas, demoras, silencios y otros componentes de declinación que, por decirlo así, colorean las respuestas del médico son, como lo demostraremos, evaluaciones. Partiremos, para su análisis, del concepto y los tipos de *evaluación* que propone Labov (1972). Si bien Labov aborda la evaluación en eventos narrativos, el carácter interactivo, es decir, cara a cara de su investigación la convierte en una herramienta de gran ayuda para describir otro tipo de eventos interactivos como la consulta médica. También tomaremos en cuenta los trabajos de Deborah Schifffrin (1987; 2001) y Martín Zorraquino, y Portolés Lázaro (1999) sobre los marcadores del discurso, como guía para caracterizar los elementos evaluadores en el enunciado del diagnóstico.

2. 2. 1 El concepto de evaluación

El concepto de evaluación en el lenguaje ha sido ampliamente abordado por varios autores desde diferentes perspectivas. Esto se debe a que, sin duda, los elementos actitudinales, que reflejan claramente la opinión y postura que adopta una persona respecto de las cosas, son una característica del lenguaje, de hecho, emergen y se construyen en todo acto de comunicar. En mayor o menor medida, constantemente estamos evaluando y tomando posturas, por lo que es difícil pensar que haya expresiones del todo neutrales en la interacción comunicativa, pues, como dice Jaffe (2009), incluso los casos aparentemente neutrales, en los que no hay marcas claramente evaluativas, son una forma más de posicionamiento del locutor.

Thompson y Hunston (1999: 2) así como Jaffe (2009: 5) mencionan el trabajo de varios investigadores quienes han empleado diferentes expresiones para referirse más o menos al mismo concepto de evaluación. De esta forma tenemos los términos *evaluación* (Labov y Waletzky, 1967), *posicionamiento* o *posicionamiento epistémico* (Biber y Finegan, 1989), *modalización* y *modulación* (Halliday, 1994), *modalidad* (Stubbs, 1996), y *apreciación* o

valoración (Martin, 1999), por mencionar solo algunos ejemplos. Veamos algunas de las diferentes definiciones del término para mostrar esta amplia gama de perspectivas en torno a la *evaluación* como rasgo distintivo del lenguaje.

Labov y Waletzky (1967: 37), en el caso de textos narrativos, definen la evaluación como “(...) esa parte de la narración que revela la actitud del narrador hacia lo narrado, enfatizando la importancia relativa que tienen algunas unidades narrativas en comparación con otras.”¹² Podemos observar que, en este texto pionero, Labov ya subrayaba el carácter comparativo de la evaluación, pues en *Language in the Inner City* (1972), aborda la comparación como uno de los diferentes elementos evaluadores y pone como ejemplo el uso de negativos, pues hay un claro contraste, en el caso de las narraciones, en el hecho de decir lo que no ocurrió en lugar de contar lo que sí ocurrió, que sería lo esperado y “normal”; de manera que las expresiones negativas, en este contexto, tienen una importante carga evaluativa.

Biber y Finegan (1989: 93) definen el término *posicionamiento*¹³ como “(...) las expresiones léxicas y gramaticales de las actitudes, sentimientos, juicios o compromisos acerca del contenido proposicional de un mensaje.”, mientras que Martin (1999: 145), en el marco de la lingüística sistémico-funcional, emplea el término *apreciación* para describir “(...) los recursos semánticos que se usan para negociar las emociones, juicios y valoraciones, al igual que los recursos que se usan para amplificar y comprometerse con dichas evaluaciones.”¹⁴

Thompson y Hunston (1999: 5) se refieren al término evaluación de la siguiente manera: “(...) evaluación es el término amplio para referirse a la expresión de la actitud, posicionamiento, punto de vista o sentimientos del hablante o del escritor acerca de las entidades o proposiciones de las que él o ella están hablando.”¹⁵, y Jaffe (2009: 4), en el ámbito de la sociolingüística, emplea el término *posicionamiento*¹⁶ para referirse a “(...) la manera como los hablantes y escritores necesariamente se involucran al posicionarse con respecto a sus palabras y textos...sus

¹² “(...) that part of the narrative which reveals the attitude of the narrator towards the narrative by emphasizing the relative importance of some narrative units as compared to others.”

¹³ *stance*

¹⁴ “(...) the semantic resources used to negotiate emotions, judgements, and valuations, alongside resources for amplifying and engaging with these evaluations.”

¹⁵ “(...) evaluation is the broad cover term for the expression of the speaker or writer’s attitude or stance towards, viewpoint on, or feelings about the entities or propositions that he or she is talking about.”

¹⁶ *positionality*

interlocutores y audiencias y con respecto a un contexto al que, simultáneamente, responden y construyen lingüísticamente.”¹⁷

2. 2. 2 Tipos de evaluación y evaluadores

Es importante señalar que estos recursos lingüísticos y semánticos como elementos evaluativos cumplen diferentes funciones en los intercambios comunicativos. En primer lugar, ponen al descubierto, no solo la opinión situada del individuo aislado, sino el sistema de valores compartidos por la comunidad a la que dicho individuo pertenece. En segundo lugar, ayudan a crear y mantener relaciones entre individuos en el sentido de que les permiten afiliarse o desafiliarse a una persona o a determinados grupos y, lo más relevante para nuestros propósitos de investigación, permiten presentar una imagen de sí particular. Finalmente, de acuerdo con Labov, la evaluación cumple la función de complicar o intensificar lo que sucede a lo largo de la interacción entre las personas, por lo cual, la evaluación es considerada, en palabras de Kohler Riessman (2008) el “alma” del esquema comunicativo en marcha en una situación dada¹⁸.

Para mostrar los mecanismos de evaluación presentes en las segundas partes despreferentes y su función en el intercambio es necesario identificar primero los elementos evaluativos en las expresiones comunicativas. Thompson y Hunston (1999) afirman que estos elementos están presentes en diferentes niveles: a nivel léxico, en la forma de adjetivos, sustantivos, verbos o adverbios; a nivel gramatical, lo que Labov (1972: 378) llama intensificadores, comparativos, correlativos y explicativos, es decir, cualquier “desviación de la sintaxis básica” –en nuestro caso se trata, parafraseando al autor, de una desviación de la sintaxis descriptiva básica implicada en diagnosticar una enfermedad–; y a nivel textual, en forma de párrafos cuya posición en el texto cumple una función evaluativa. Labov (1972) señala diferentes tipos de evaluación que hemos redefinido y acotado en términos de nuestro objeto de estudio:

1. Cuando el médico se detiene y le explica o le comunica a su interlocutor la razón de ser de su diagnóstico.
2. Cuando el médico menciona un sentimiento u opinión como algo que le ocurre

¹⁷“(...) how speakers and writers are necessarily engaged in positioning themselves vis-à-vis their words and texts...their interlocutors and audiences...and with respect to a context that they simultaneously respond to and construct linguistically.”

¹⁸ Es necesario advertir que tanto Labov como Riessman se refieren a los esquemas comunicativos narrativos.

3. Cuando el médico menciona a una tercera persona que examina por él

Finalmente, agregamos otro tipo de evaluación que se refiere a la sintaxis, es decir, cuando el enunciado descriptivo del diagnóstico se desvía de la forma sintáctica básica¹⁹. En este sentido, Labov menciona que hay un conjunto de elementos evaluativos que se clasifican de la siguiente manera:

4. Sintaxis: cualquier “desviación de la sintaxis (...) básica”

- a) intensificadores: gestos, interjecciones, elongaciones, cuantificadores y repeticiones.
- b) comparativos: el adverbio modal *como*, comparativos y superlativos, metáforas y símiles, negativos, modales, futuros e imperativos.
- c) correlativos: gerundios, participios adjuntos, atributos dobles y apositivos dobles.
- d) explicativos: conjunciones como *mientras*, *aunque*, *dado que* y *porque*.

Hay un elemento más a considerar en este punto que Labov asocia con el conocimiento de la cultura en que se enmarca un esquema comunicativo como el que analizamos aquí; se trata de las expresiones usadas de forma convencional, fácilmente reconocibles por la comunidad, que cumplen una función evaluativa. Para dar cuenta de estas expresiones, complementaremos este y los demás elementos mencionados con los trabajos de Schiffrin (1987) y de Martín Zorraquino y Portolés Lázaro (1999) sobre los marcadores del discurso y su clasificación.

2. 2. 3 Los marcadores del discurso

No menos complejo de definir que el término evaluación, es el de marcadores del discurso. Una revisión detallada de su definición y clasificación está lejos de nuestro propósito; sin embargo, es importante mostrar por lo menos las propuestas más importantes en la materia porque, como se mencionó en el apartado 2.1.2, los marcadores del discurso son uno de los elementos que encabezan las segundas partes despreferentes. Veamos cómo los abordan Schiffrin y, para el caso específico del español, Martín Zorraquino y Portolés Lázaro.

¹⁹ Para los esquemas comunicativos narrativos, Labov (1972: 374-375) describe la sintaxis básica como “(...) una serie de ocho elementos (...)” que hacen de la cláusula narrativa “(...) uno de los patrones gramaticales más simples del discurso oral.”

En una primera aproximación, Schiffrin (1987: 31) define los marcadores del discurso como “(...) elementos secuencialmente dependientes que agrupan o separan unidades de habla.”²⁰ Posteriormente los redefine, “en un nivel más teórico”, como “(...) miembros de una clase funcional de recursos verbales (y no verbales) que proveen coordenadas contextuales para la conversación en curso.”²¹ (Schiffrin, 1987: 41), y enumera las condiciones que debe cumplir cualquier expresión para ser considerada un marcador del discurso:

1. Debe poder separarse sintácticamente de una oración.
2. Se debe usar comúnmente en la posición inicial de un enunciado.
3. Debe tener una gama de entornos prosódicos.
4. Debe ser capaz de operar tanto a nivel local (entre oraciones) como a nivel global en el discurso y en diferentes planos del discurso (el de la estructura del intercambio, la estructura de la acción, la estructura ideacional, el marco de participación y el del estado informacional).

Además, dice Schiffrin, los marcadores del discurso son equiparables con las señales contextuales o deícticos y, si bien tienen funciones primarias, su uso es multifuncional, lo cual contribuye a la coherencia del discurso. Esta idea de multifuncionalidad es muy importante, pero hay que subrayar que, como dice la autora, “(...) los marcadores por sí solos no comunican significados sociales (...)”, sino que son los enunciados en los que estos aparecen, dentro de un discurso, los que adquieren determinado significado social o expresivo.

Los once marcadores en los que se basa el análisis de Schiffrin son: *oh* (ah) como marcador de manejo de información; *well* (bueno) como marcador de respuesta; las conjunciones *and* (y), *but* (pero), *or* (o); *so* (así que), *because* (porque) como marcadores de causa y efecto; los adverbios temporales *now* (ahora), *then* (después); y por último *y’know* (tú sabes), *I mean* (digo).

En español, Martín Zorraquino, y Portolés Lázaro (1999: 4057) se refieren a los marcadores del discurso como:

“(...) unidades lingüísticas invariables, que no ejercen una función sintáctica en el marco de la predicación oracional –son, pues, elementos marginales– y poseen un cometido coincidente en el discurso: el de guiar, de acuerdo con sus distintas

²⁰ “(...) sequentially dependent elements that bracket units of talk.”

²¹ “(...) members of a functional class of verbal (and non-verbal) devices which provide contextual coordinates for ongoing talk.”

propiedades morfosintácticas, semánticas y pragmáticas, las inferencias que se realizan en la comunicación.”

De acuerdo con los autores, por ser invariables, los marcadores no tienen un significado conceptual sino de procesamiento que “consiste en una serie de instrucciones semánticas que guía las inferencias que se han de efectuar (por parte del oyente) de los distintos miembros del discurso en los que aparecen estas unidades.” Es precisamente esta última idea la que nos interesa subrayar, así como la propuesta de los autores de clasificar los marcadores en cinco tipos:

1. Estructuradores de la información
 - a) comentadores: *pues, pues bien, así las cosas, dicho esto, dicho eso.*
 - b) ordenadores: *en primer lugar/en segundo lugar, por una parte/por otra parte, etc.*
 - c) digresores: *por cierto, a todo esto, a propósito, etc.*
2. Conectores
 - a) aditivos: *además, encima, aparte, por añadidura, incluso, es más*
 - b) consecutivos: *por tanto, por consiguiente, por ende, en consecuencia, de ahí, entonces, pues, así, así pues, etc.*
 - c) contraargumentativos: *en cambio, por el contrario, por contra, antes bien, sin embargo, no obstante, con todo, etc.*
3. Reformuladores
 - a) explicativos: *o sea, es decir, esto es, a saber, etc.*
 - b) de rectificación: *mejor dicho, mejor aún, más bien, digo.*
 - c) de distanciamiento: *en cualquier caso, en todo caso, de todos modos, etc.*
 - d) recapitulativos: *en suma, en conclusión, en definitiva, en fin, al fin y al cabo, etc.*
4. Operadores argumentativos
 - a) de refuerzo argumentativo: *en realidad, en el fondo, de hecho, etc.*
 - b) de concreción: *por ejemplo, en particular, etc.*
5. Marcadores conversacionales
 - a) de modalidad epistémica: *claro, desde luego, por lo visto, en efecto, etc.*
 - b) de modalidad deóntica: *bueno, bien, vale, de acuerdo, etc.*
 - c) enfocadores de la alteridad: *hombre, mira, oye, etc.*
 - d) metadiscursivos conversacionales: *bueno, eh, este, etc.*

De todos estos marcadores, hay algunos que están presentes en nuestros datos con mayor frecuencia que otros. Así, comentadores como *pues*:

- Caso 25 ¹en las reacciones febriles en las que están (.) apareciendo otra vez {---}
 altos los títulos
 ²{*pues eso*} tiene usted salmonelosis (1) nuevamente,

consecutivos como *entonces*:

- Caso 35 ¹¹ya llevamos veinticuatro piquetes
 ¹²y en ninguno de los veinticuatro piquetes ha habido ha habido cáncer
 ¹³*entonces* eso es buena noticia

explicativos como *o sea*:

- Caso 5 ³esto quiere decir que está más derecha de lo normal
 ⁴*o sea* no está tan curvada como debiera de estar

enfocadores de la alteridad como *mira, oye*:

- Caso 29 ⁴{---} tiene *mira* tiene
 ⁵es que son muchos factores

o metadiscursivos como *eh, este*:

- Caso 11 ⁵me da el aspecto *eh* posiblemente *este* (.) a: pudiese haber algún problema
 ahí de (.) de *este* de hepatitis

son algunos de los marcadores que, en el siguiente nivel de análisis, serán elementos caracterizadores de la burla a la máxima de cantidad como parte del principio cooperativo que define a toda comunicación humana.

2. 3 El tercer nivel de organización y análisis de la secuencia del diagnóstico

2. 3. 1 El modelo griceano de las máximas conversacionales

De acuerdo con Grice (1991), las expresiones del lenguaje natural tienen significados agregados denominados implicaturas, es decir, que los participantes en una interacción pueden decir y comprender más de lo que se dice. Esto es posible gracias al esfuerzo conjunto que los participantes hacen para llevar a cabo la interacción, así como a un conjunto de reglas y principios que subyacen a la comunicación. Este conjunto de principios forman parte de un principio general llamado Principio de Cooperación:

“Haz que tu contribución a la conversación sea aquella que se requiera, en el momento en que ocurre, de acuerdo al momento en que ocurre, de acuerdo al propósito convenido o dirección del intercambio conversacional en el que estás participando”.²²

El principio de cooperación comprende cuatro máximas: de cantidad, de calidad, de relación y de manera.

1. Máxima de cantidad:
 - a) haga su contribución tan informativa como se requiera para los propósitos de la interacción.
 - b) no haga sus contribuciones más informativas de lo que se requiera.
2. Máxima de calidad:
 - a) Trate de que sus contribuciones sean verdaderas
 - b) no diga lo que crea que es falso
 - c) no diga aquello de lo cual no tenga suficiente evidencia
3. Máxima de relación
 - a) sea relevante
4. Máxima de manera
 - a) sea claro
 - b) evite ser ambiguo.

Según Grice, las implicaturas se pueden dar de tres maneras: si las máximas se siguen al pie de la letra, si se viola una de las máximas porque se contraponen con otra, o si se desobedece una de las máximas –como en el caso de las metáforas–. En el siguiente apartado veremos qué aparato teórico tiene la fuerza explicativa necesaria para dar cuenta de la violación a una máxima a favor del cumplimiento de otra: efectivamente en la fase de diagnóstico de la consulta, el médico viola una máxima de cantidad de información en beneficio de una máxima de relación.

2. 3. 2 Las secuencias de referencia

Con la finalidad de mostrar el sistema de indeterminación con el que se provee información diagnóstica, proponemos un análisis pragmático del enunciado del diagnóstico, es decir, del acto de diagnosticar. Partimos del trabajo de Deborah Schiffrin (1994, 197) quien, en su libro *Approaches to Discourse*, retoma el modelo Griceano de las máximas conversacionales,

²² Traducción tomada de Montes, R. *Análisis Conversacional*. Cuadernos de trabajo del Centro de Ciencias del Lenguaje. UAP

específicamente las de cantidad y relación. En el caso particular de la consulta médica, este enfoque nos permite dar cuenta de la dinámica de primera y segundas menciones de la enfermedad o padecimiento en relación con la cantidad de información y su relevancia para el paciente y las interrogantes sobre su salud, pero principalmente nos permite dar cuenta de la estrategia global del médico para ofrecer un diagnóstico de manera no compromisiva.

Parte de la información de un enunciado son las expresiones que se emplean para referirse a una entidad en particular. En el caso del enunciado del diagnóstico, hay expresiones o palabras específicas que el médico usa para referirse a la enfermedad o padecimiento del paciente. Es importante aclarar que para los propósitos de esta investigación, emplearemos el término *referir* simplemente en el sentido de aludir, mencionar o nombrar una única entidad. También tomaremos la idea de Schiffrin del acto de referirse a una entidad como una cuestión pragmática y secuencial.

Por un lado, el acto de referirse a una entidad es una cuestión pragmática porque depende de las intenciones de los participantes en la interacción y porque los que interactúan pueden inferir el referente al que están aludiendo gracias a que uno y otro cooperan para que esto sea así o a que echan mano de un conocimiento compartido del mundo. En este sentido, las expresiones para referirse a una entidad específica pueden ser más o menos definidas y más o menos explícitas y, por lo tanto, más o menos informativas y relevantes para los propósitos de la comunicación en curso.

De acuerdo con Schiffrin, las expresiones que se emplean para referirse a una entidad por primera vez en la interacción suelen ser indefinidas y explícitas (por ejemplo: *un hombre*), mientras que las expresiones siguientes para referirse a la misma entidad tienden a ser definidas e implícitas (por ejemplo: *él*). Esto se debe a que las formas definidas muestran que el hablante tiene toda la intención de que su interlocutor eche mano de la información proporcionada con anterioridad para identificar una entidad específica, mientras que las formas indefinidas no suponen conocimiento previo alguno por parte del interlocutor acerca de la entidad mencionada.

Por otro lado, el acto de referirse a una entidad es secuencial porque el uso de un primer término referencial delimita el uso del segundo término referencial, es decir, hay un aspecto prospectivo y retrospectivo en el uso de los términos referenciales de primera y segundas menciones. De acuerdo con Schiffrin, estas secuencias de referencia tienen que ver con una especie de cálculo que la persona que está hablando hace con respecto a

- a) en qué parte del encuentro interactivo se localiza el término referencial,
- b) si se trata de la primera mención de dicho término o bien es la segunda o n mención,
- c) si el otro participante en la interacción tiene o no suficiente información como para identificar al referente.

En el análisis de las secuencias de referencia en un texto narrativo, Schiffrin muestra que un término referencial puede ser altamente informativo para compensar la pérdida momentánea de su relevancia o puede ser poco informativo debido a que en una mención anterior fue muy relevante. Esto significa, por una parte, que la localización de un referente en la secuencia de menciones “influye en la fuente de información en relación con la cual es interpretado”, ya sea solo el contexto o el contexto y el texto. Por otra parte, implica que, en las segundas menciones, la cantidad y la relevancia contribuyen a establecer las condiciones que permiten interpretar términos referenciales. Schiffrin también encontró que la violación de la máxima de cantidad, en el caso de las segundas menciones, está estrechamente relacionada con la relevancia del término referencial; sin embargo, más que hablar de violaciones, Schiffrin prefiere usar el término “apropiado”, de manera que las expresiones referenciales pueden ser informativamente apropiadas para mostrar la relevancia de un referente o para los propósitos de la interacción.

Este modelo de análisis, con algunos ajustes, también ha sido empleado por Gutiérrez Estupiñán y Sankey García (2008) para dar cuenta de las secuencias de referencia en un texto autobiográfico en el que la narradora emplea un gran número de referentes indeterminados a lo largo del relato de su experiencia cercana a la muerte. De acuerdo con las autoras, esta constante violación a la máxima de cantidad tiene que ver con una estrategia de la narradora que permite, por una parte, que su interlocutora haga inferencias con ayuda de un conjunto de conocimientos compartidos, por otra, mantener la coherencia de su relato, y, por último, crear una imagen ante su oyente y protegerla, cuidando de no poner en juego su credibilidad o “quedar comprometida con su dicho” y evitar “ser catalogada como ilusa”. De esta manera, las autoras demuestran que hay una relación de determinación entre las máximas de relevancia y cantidad de modo que “la relevancia especifica a la cantidad” de información proporcionada por la narradora.

Si, como ya dijimos, en el caso de la consulta, es en la fase de diagnóstico donde el médico tiene los elementos necesarios para pronunciarse con respecto al padecimiento o padecimientos del paciente, es de esperarse que durante su pronunciamiento se refiera a enfermedades específicas en una o varias ocasiones. Es precisamente el análisis de esta secuencia

de primera y segundas menciones de la enfermedad del paciente en este último nivel temático lo que nos permitirá mostrar el grado de determinación o indeterminación del referente, esto es, de la enfermedad, en relación con la máxima de cantidad y, por lo tanto, de relevancia.

En términos generales, hemos expuesto aquí que la consulta médica como evento comunicativo está organizada en un sistema de dirección general que determina la naturaleza del sistema de dirección local en el cual los pares adyacentes son las unidades mínimas de interacción. Mencionamos el concepto y las marcas que caracterizan las segundas partes despreferentes de un par adyacente y dijimos que estas marcas funcionan, en un segundo nivel, como evaluadores. Propusimos una definición de evaluación y señalamos algunos de los elementos que, como los marcadores del discurso, pueden cumplir una función evaluativa en la secuencia del diagnóstico. Finalmente hablamos de las máximas griceanas, particularmente las de cantidad y relevancia así como la relación que guardan, para explicar la dinámica de primera y segundas menciones del referente enfermedad, en la secuencia del diagnóstico. En el siguiente capítulo presentamos el análisis del corpus empleando los conceptos e identificando los niveles que acabamos de exponer.

CAPÍTULO 3

EL ANÁLISIS DE LA SECUENCIA DEL DIAGNÓSTICO EN TRES NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL DISCURSO

En este capítulo analizaremos la secuencia del diagnóstico en tres niveles de organización del discurso, es decir, los niveles de análisis que identificamos, desde el inicio, al observar los datos: el nivel conversacional, el nivel discursivo evaluativo y el temático-referencial. Comenzaremos con el análisis en el nivel conversacional porque, jerárquicamente, es el nivel que determina a los dos niveles siguientes. Hemos dicho anteriormente que partimos de la idea de que, en términos conversacionales, el enunciado del diagnóstico es la segunda parte condicional, pertinente y esperada a la pregunta implícita del paciente *¿qué tengo?* En estas circunstancias comunicativas, el médico está obligado a responder dicha pregunta. Como veremos más adelante, esta respuesta necesaria puede adoptar diferentes formatos. Uno de ellos es el de respuesta preferente y otro el de respuesta despreferente. En relación con este último distinguiremos entre respuestas marcadas y no respuestas. De estos formatos, el despreferente, reconocible por la cantidad de elementos que lo marcan, es el más recurrente en el corpus, lo cual nos lleva a considerar un segundo nivel de análisis que denominamos discursivo evaluativo en el que redefiniremos los rasgos de despreferencia como evaluadores y marcadores del discurso. Puesto que parte de la respuesta del médico, esto es, del enunciado del diagnóstico, se refiere a una enfermedad específica, planteamos, en un nivel temático, el análisis de la secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad, particularmente el grado de indeterminación del referente. Iniciaremos entonces con el análisis en el nivel conversacional, específicamente el formato de preferencia o despreferencia de la secuencia del diagnóstico; seguiremos con el análisis en el nivel discursivo evaluativo, y finalizaremos con el análisis en el nivel temático.

3. 1 El nivel conversacional del enunciado del diagnóstico: su formato de preferencia o despreferencia

En este apartado analizaremos las marcas de preferencia o despreferencia que acompañan al enunciado del diagnóstico. Recordemos que las segundas partes preferentes de un par adyacente como el que aquí analizamos son respuestas no marcadas y simples; no así las despreferentes que son marcadas y complejas. Nuestros datos muestran claramente que en los Casos que conforman el Grupo 1 el médico ofrece un diagnóstico claro y simple, es decir, sin marcas significativas de vacilación, justificación o componentes de declinación. Veamos estos casos:

Caso 1	¹ <i>esto fue una gastroenteritis la que le dio a usted um?</i>	((Aseveración + pregunta))
Caso 2	¹ <i>eso es anginas</i>	((Aseveración))
Caso 3	² {---} <i>usté asma bronquial</i>	((Aseveración))
Caso 4	¹ {---} <i>{está} complicándose con una otitis</i>	((Aseveración))
	⁴ <i>este se llama faringitis aguda eh?</i>	((Aseveración + pregunta))
Caso 5	¹ <i>tiene un defectito congénito (2) mjm</i>	((Aseveración + pausa + confirmación))
	² <i>y bueno {ps también} está hablando de rectificación de la (.) lordosis (1)</i>	((Varias formas de prefacio aseveración + pausa breve + pausa))
Caso 6	¹ {---} <i>también ya tiene usted insuficiencia venosa</i>	((Prefacio + afirmación))
	² <i>tiene usted una probable condromalacia en las dos rodillas</i>	((Afirmación + atenuador))

A partir de estos datos podemos decir, de manera general, que la respuesta del médico tiene un formato aseverativo del tipo *usted tiene X* o *esto es X*, es decir, el médico formula el diagnóstico como atributo del paciente (Maynard, 2004). En el Caso 5, aunque el enunciado 2, que expresa un segundo diagnóstico, está encabezado por dos marcadores del discurso: *bueno* y *ps* (pues), ninguno de ellos cumple la función de anunciar una respuesta despreferente. Queda entonces claro que estos casos, a nivel conversacional, son todos respuestas preferentes.

A diferencia de los anteriores, los Casos 7 a 37, como veremos, son marcados y estructuralmente más complejos. Según mencionamos en el capítulo anterior, las marcas que caracterizan las segundas partes despreferentes pueden ser demoras, prefacios, en algunos casos, explicaciones o justificaciones, y negativas o componentes de declinación. Son despreferentes

también las no respuestas que mencionamos al inicio de este capítulo. En las siguientes secciones analizaremos la presencia de cada una de estas marcas en los casos señalados.

3. 1. 1 Las demoras como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico

Las demoras, de acuerdo con Levinson (1989), incluyen pausas antes de la respuesta, prefacios, iniciadores de enmienda o secuencias de inserción. Precisemos cada uno de estos términos. Siguiendo al autor, empleamos el término general pausa para referirnos a cualquier período de “no-habla”, dentro del cual hay que distinguir entre los intervalos (demoras en la aplicación de las reglas 1 (b) y 1 (c))²³, esto es, cuando nadie se autoselecciona pero tampoco el primer hablante continua hablando), los lapsos (la no aplicación de las reglas, es decir, nadie habla) y los silencios significativos (después de la aplicación de la regla 1 (a), cuando el hablante seleccionado no habla porque no puede o no quiere contestar). Los prefacios, por otro lado, son marcadores del discurso o anunciadores de respuestas despreferentes como *este*, *pues*, *bueno*, etc. Hablamos de iniciadores de enmienda como mecanismos para aclarar malentendidos o problemas de audición, estos pueden ser autoiniciados (autoenmienda) o iniciados por otro hablante; algunos de estos mecanismos son la recuperación de palabras o la autocorrección por medio de cortes glotales, alargamiento de vocales, vocalizaciones prolongadas, etc., los cuales, por otro lado, son considerados formas de vacilación. Por último, las secuencias de inserción se refieren a pares adyacentes que se insertan en otros, por ejemplo, cuando una secuencia de aclaración está inserta entre una pregunta y una respuesta.

En nuestros datos observamos que la mayoría de las demoras significativas son pausas, de un segundo o más, antes de la respuesta o bien prefacios:

- | | |
|---------|---|
| Caso 11 | ¹ es posible (1) es posible que <i>por: eh</i> el golpe <i>este</i> haya ese sangrado trasvaginal que se presentó
⁵ me da el aspecto <i>eh</i> posiblemente <i>este</i> (.) a: <u>pudiese</u> haber algún problema ahí de (.) de <i>este</i> de <u>hepatitis</u> |
| Caso 12 | ¹² puede ser un inicio y un problema (1) de: hepatitis fíjate (2)
³³ <i>pus</i> algún contagio <i>un-</i> (2)
³⁴ medio ambiente |

²³ Ya hemos mencionado las reglas que gobiernan la alternancia de turnos en la Nota 8 del Capítulo 2, apartado 2.1.2 El sistema de dirección local del diagnóstico.

Caso 33 ²⁵como que: (3)
 ²⁶pareciera un cosa como más muscular

Como notamos en estos casos, la respuesta del médico no es tan simple como en los casos del Grupo 1. El enunciado 1 del Caso 11 está compuesto por una serie de elementos característicos de las segundas partes despreferentes, a saber, la iteración *es posible* separada por una pausa (1), que podemos interpretar como un inicio de enmienda, el alargamiento de la consonante en *por:*, así como los prefacios *eh* y *este*. Lo mismo sucede con el enunciado 5 que está encabezado por el atenuador *me da el aspecto* seguido por el prefacio *eh* y el atenuador *posiblemente*, después el prefacio *este*, una breve pausa (.), el alargamiento de la una vocal *a*: como elemento de vacilación, el atenuador *pudiese*, la repetición *de* separada por una breve pausa (.), y, por último, de nueva cuenta el prefacio *este*. Todas estas marcas en conjunto causan una demora en el diagnóstico y si las contrastamos con la que consideramos sería la respuesta preferente del médico: “hay un problema de hepatitis” o “usted tiene un problema de hepatitis”, esta es más evidente. En el caso 12, la acompañante pregunta por qué le pudo haber dado hepatitis al paciente, a lo cual el médico da una respuesta marcada y por lo tanto despreferente en 33 y 34, donde aparecen el prefacio *pus* (pues), la vacilación *un-*²⁴ y la pausa de dos segundos (2). De forma similar, la respuesta del médico en el Caso 33, enunciados 25 y 26, está marcada por el elemento atenuador *como que:*, en el que además hay un alargamiento de la vocal, una pausa de tres segundos (3) y nuevamente un atenuador *pareciera* que aplaza la respuesta.

3. 1. 2 Los prefacios como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico

Volvamos ahora a los prefacios que encabezan las segundas partes despreferentes, los cuales, según hemos dicho, pueden ser marcadores del discurso, atenuadores que anticipan la respuesta despreferente, vacilaciones o autocorrecciones. En el apartado anterior ya adelantamos algunas referencias a marcas de este tipo como los marcadores del discurso y las vacilaciones. Veamos otros casos en los que estos rasgos aparecen:

²⁴ Nótese el uso del artículo indefinido *un* seguido del corte glotal (–) y, después de la pausa de dos segundos (2), la aparición de un referente ambiguo *medio ambiente* en el contexto de la fase del diagnóstico de la consulta médica.

- Caso 9 ¹³el que no tengan hijos *pues bueno* hay que ver a los dos
 Caso 12 ²³sí *pus sigo sigue siendo por e- pensando* en problema gástrico eh?
 Caso 27 ⁴*hay- hay mucha::m* está funcionando mal *su su* digestión eh?
 Caso 33 ¹⁰es un hongo *que que* tiene que ver *con este con* baja de defensas

En el Caso 9, el primer problema que reporta el paciente es el de la fertilidad; sin embargo, como podemos ver en el enunciado 13, la respuesta del médico está encabezada por dos marcadores del discurso: el marcador *pues* introduce el comentario del médico con respecto a *el que no tenga hijos*, mientras que *bueno* anuncia la respuesta despreferente *hay que ver a los dos*, que es, justamente, un componente de declinación.

Los Casos 12 y 27 son claros ejemplos tanto de vacilaciones como de autocorrecciones. En el 12, cuando el médico está más inclinado a diagnosticar hepatitis y a descartar fiebre tifoidea, el paciente comenta que se sintió mejor, pero que le dolió el estómago, a lo cual el médico responde en el enunciado 23 primero con una afirmación seguida de del marcador *pus* (pues), después autocorrigiendo en dos ocasiones *sigo sigue, siendo pensando* y mostrando duda a juzgar por la expresión inconclusa *por e-*. También en el caso 27, una vez concluido el examen físico, la médica ofrece el diagnóstico claramente de forma despreferente, pues está precedido por elementos de vacilación como el corte glotal *hay-* y en seguida la iteración *hay*, el alargamiento de la vocal en *mucha::m* (expresión que después la médica autocorrigió) y, por último, una marca más que es la repetición *su su*.

En el Caso 33 podemos notar la respuesta titubeante del médico ante la pregunta del paciente sobre la causa de ese hongo, ya que los elementos de repetición *que que, con con*, así como el marcador *este* le imprimen un carácter vacilante. Esta vacilación se confirma en los enunciados 11 y 12²⁵ en donde el médico reconoce que no hay razón alguna para afirmar que el paciente está *bajo de defensas*, es decir, no hay evidencias que apoyen su dicho.

²⁵ ¹¹que me llama la atención

¹²porque pues no eres no eres diabético (.) ni ni nada

3. 1. 3 Las explicaciones o justificaciones como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico

De acuerdo con Levinson, las respuestas despreferentes van generalmente acompañadas de explicaciones o justificaciones del porqué la ausencia de una respuesta preferente. Este tipo de explicaciones son mucho más evidentes en casos como invitaciones o peticiones; sin embargo, en el contexto que nos ocupa, estas explicaciones pueden tener lugar cuando el diagnóstico es dudoso, pues el médico recurre a ellas como estrategia para aportar más evidencia y contrarrestar el grado de incertidumbre en torno a su respuesta. Estas explicaciones tienen que ver, como veremos en los siguientes casos, con los signos observados durante el examen físico o con los resultados de laboratorio

- | | |
|---------|---|
| Caso 15 | ² para mí es un inicio como de un herpes eh? |
| | ³ <i>porque sí {---} está en la mera puntita</i> |
| Caso 23 | ² <i>sí lo único que está bien alto sus: triglicéridos</i> |
| | ³ y eso pues lo lo pone en riesgo de un infarto |
| | ⁴ u otra cosa |
| | ⁶ sí subió mucho su factor de riesgo coronario mjm? |
| | ⁷ <i>precisamente porque subieron mucho los triglicéridos</i> |
| | ⁸ y los lípidos mjm? |
| Caso 31 | ⁹ <i>que está muy ligado este: infección de vías urinarias con eh: la garganta</i> |
| | ¹⁰ <i>a veces son los mismos bichos</i> |
| | ¹¹ y esto puede ser que a la mejor empezamos con una infección de vías urinarias que no nos dimos cuenta |

En el Caso 15, el diagnóstico del médico en el enunciado 2 es marcado por la expresión de opinión *para mí* y el atenuador *como de* que indican cierto grado de duda. Sin embargo, en el enunciado 3 hay una explicación sobre un signo, es decir, sobre lo que el médico puede observar que *está en la mera puntita*, que respalda su diagnóstico. En lo que respecta al Caso 23, aunque en el pre-diagnóstico, enunciado 2, se hace referencia al alto nivel de triglicéridos, podemos apreciar que los diagnóstico, en los enunciados 3 y 4, tienen, por un lado, marcas de despreferencia como el prefacio *pues* y la iteración *lo lo*, y, por otro lado la expresión indefinida *otra cosa*; no obstante, la médica reafirma el diagnóstico en el enunciado 6²⁶ y lo sustenta con la explicación en los enunciados 7 y 8. En el Caso 31, antes de ofrecer un diagnóstico, la médica

²⁶ El factor de riesgo coronario se asocia con un mayor riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, por lo tanto equivale al riesgo de un infarto.

prepara al paciente, en los enunciados 9 y 10, con una explicación sobre la relación entre las bacterias que producen la infección en garganta y las de vías urinarias; justifica, de esta forma, su diagnóstico en el enunciado 11, que es evidentemente marcado por los dos atenuadores que lo preceden *puede ser y a la mejor*; hay que señalar también, al inicio del enunciado, el carácter impreciso del deíctico *esto*.

3. 1. 4 Las negativas o componentes de declinación como marcas de despreferencia en la secuencia del diagnóstico

Hasta el momento hemos analizado casos en los que el médico responde a la pregunta del paciente de manera preferente o despreferente, es decir, da un diagnóstico ya sea de manera simple o marcada. En este apartado abordaremos, dentro de los casos despreferentes, aquellos en los que, por el contrario, hay negativas o componentes de declinación que perfilan una no respuesta. Los casos del Grupo 2 ilustran claramente esta situación.

- | | |
|--------|---|
| Caso 7 | ¹ no es herpes?
² qué tal le digo es un herpes otra cosa y estamos dando una cosa y damos otra y damos otra |
| Caso 8 | ¹ [su garganta {irritada?}] (.) sí
² [sí ya hay secreción] purulenta {---}
³ [sí] está gordito
⁴ ((la presión)) ciento treinta ochenta (1)
⁵ {ai va} está en el límite ((de la presión)) |

La paciente del Caso 7 refiere que ha acudido a distintos especialistas pero su problema de alergia en la cara y en los ojos continúa, a lo que la médica responde con una pregunta en el enunciado 1 *no es herpes?* Una pregunta como respuesta a otra pregunta, en el contexto del diagnóstico médico, es despreferente. La paciente, como se podía anticipar, responde que no sabe. En el enunciado 2, la médica, finalmente, declina la respuesta, pues antes de dar su diagnóstico prefiere “salir de dudas” según sus propias palabras²⁷ y según lo inferimos de la expresión *qué tal le digo es un herpes otra cosa*. La médica le pide a la paciente no ponerse nada en los ojos y la refiere al área de microbiología.

²⁷La médica le dice a la paciente que le van a mandar a hacer un cultivo de la secreción del ojo y así “salimos de dudas”; este último enunciado precede, en la transcripción del caso, al enunciado 2.

Con respecto al Caso 8, se tratan dos problemas distintos: el problema en garganta y la hipertensión. Vemos que en los enunciados 2 y 3 la médica menciona los signos de cada uno de estos problemas *ya hay secreción purulenta, está gordito*. Después de tomarle la presión al paciente, da lectura a los valores en el enunciado 4, lo cual puede considerarse un pre-diagnóstico por la evidencia que presenta; sin embargo, en el enunciado 5 solo advierte al paciente que, de acuerdo con estos valores *está en el límite*. Notamos que en ninguna de las dos situaciones que se presentan hay un enunciado del diagnóstico, la médica sugiere o le da a entender al paciente cuales son los problemas, pero no los nombra.

Hay otros casos más en nuestro corpus donde podemos apreciar componentes de declinación o negativas:

Caso 9	¹⁴ ALGO algo no me checa
	¹⁵ (.) algo está mal ahí con P...
Caso 12	³² no no no me convence todavía el diagnóstico (7)
Caso 20	⁹ igual puede ser un cuadro algo que te hizo daño igual eh: ¹⁰ [no hay datos no?]
Caso 33	³⁷ algo que no me checa ³⁸ algo que no estamos terminando de de arreglar
Caso 34	⁹ porque no me checa ¹⁰ como que falta todavía terminar de tratar bien esto no?
Caso 37	⁹ no pasa nada (.) eh? ¹⁰ vamos a ver

En el Caso 9, tanto en 14 como en 15 tenemos componentes de declinación que apuntan a una no respuesta. Por una parte, cuando el médico dice *algo no me checa*, le hace saber al paciente que no tiene la respuesta a su pregunta; por otra parte, en el enunciado 15, sabemos por el médico que *algo está mal ahí*, pero el paciente podría volver a preguntar “¿qué? y ¿dónde?”. El Caso 12 es también un ejemplo de componente de declinación, ya que, como lo expresa el mismo médico, faltan elementos que confirmen su diagnóstico²⁸. El enunciado 10 del Caso 20 es, en cambio, una negativa, pues el médico dice no tener datos como para afirmar el diagnóstico ofrecido en el enunciado 9. En el Caso 33 enunciado 38, el médico concluye la fase de diagnóstico diciendo que *algo que no estamos terminando de de arreglar*, lo cual indica la ausencia de respuesta.²⁹ De manera similar, en el enunciado 10 del Caso 34 y en el enunciado 10

²⁸ Podemos advertir la iteración del *no* en la expresión *no no no me convence todavía el diagnóstico*.

²⁹ Nótese además aquí el uso del pronombre indefinido *algo* y la marca de vacilación *de de*.

del caso 37 el médico reconoce que *falta todavía terminar de tratar bien esto* y que *vamos a ver* –este último una clara alusión al futuro–, lo cual es, en ambos casos, una negativa a responder la pregunta del paciente y una manera de postergarla, posiblemente, para una siguiente consulta.³⁰

Hemos abordado aquí cada uno de los rasgos de despreferencia que marcan el enunciado del diagnóstico. Mostramos que las demoras, prefacios, explicaciones y negativas presentes en los enunciados que conforman los Grupos 3 y 4 de nuestros datos le dan un carácter de despreferente a la respuesta del médico. En el siguiente nivel de análisis veremos que estos rasgos son también marcas evaluativas que conforman un sistema de declinación de la respuesta esperada: el diagnóstico.

3. 2 El nivel discursivo evaluativo del enunciado del diagnóstico

3. 2. 1 El carácter global de la evaluación

En este nivel de análisis pondremos al descubierto los procedimientos comunicativos evaluativos que identificamos en el corpus para después analizar su función dentro del intercambio. Como señalamos en el capítulo anterior en 2.2.2 y 2.2.3, Labov (1972) señala que hay un conjunto de elementos relacionados con la sintaxis que cumplen una función evaluativa en los eventos comunicativos: intensificadores, comparativos, correlativos y explicativos; agregamos también los marcadores del discurso referidos por Martín Zorraquino y Portolés Lázaro (1999). Como observaremos, las marcas que en el nivel anterior nos permitieron identificar a estos enunciados como respuestas despreferentes, se distribuyen ahora de una manera particular en el acto global de diagnosticar. Tal como menciona Labov, son casos de desviación de la sintaxis en la secuencia del diagnóstico. Nos detendremos a analizar esta particularidad en los siguientes apartados.

Comencemos el análisis por mostrar de manera global la naturaleza de la acción de diagnosticar³¹:

³⁰ Nuevamente, en estos dos casos, observamos elementos imprecisos como el deíctico *esto* y el pronombre indefinido *nada* en el enunciado 9 del Caso 37.

³¹ En adelante, en las citas al corpus, las cursivas indican el elemento que se analiza

- Caso 9 ¹*sí está raro*
 ³*no eres un cuadro así típico*
 ¹⁵*(.) algo está mal ahí con P...*
 ¹⁶*{yo} no creo que va a ser nada grave*

En el Caso 9, los enunciados 1 y 3 tienen lugar inmediatamente después del examen físico, una vez que el médico cuenta con los elementos para dar un diagnóstico. Al calificar al Caso como *raro* y atípico –mediante el uso de una metáfora *no eres un cuadro así típico*–, el médico inicia el acto de diagnosticar comunicando al paciente la manera como él califica el cuadro clínico³² que se le presenta, anticipa, de esta manera, la dificultad para nombrarlo y, probablemente, para tratarlo.

Al final de la secuencia, después de ofrecer dos posibles diagnósticos y mencionar que es necesario hacer varios estudios, el médico se dirige a la madre del paciente, presente en la consulta, para evaluar nuevamente la situación. Así, en el enunciado 15 advierte que *algo está mal*; no obstante en 16, a manera de resumen, menciona que *no cree que va a ser nada grave*. Con este proceder evaluativo final, el médico da a conocer su punto de vista, mitiga el hecho de que *algo* no está bien y, de este modo, tranquiliza al paciente y a sus familiares. Veamos en otros casos ejemplos similares de evaluación:

- Caso 7 ²*qué tal le digo es un herpes otra cosa...*
 Caso 12 ¹⁵*pero aquí lo delicado que puede ser es la ictericia*
 Caso 20 ¹⁰*[no hay datos no?]*
 Caso 32 ¹⁹*entons vamos por buen camino*
 Caso 33 ¹⁴*es que no veo un problema (2) que me explique esto me explico? (3)*
 ³⁶*que es buena noticia*
 ³⁸*algo que no estamos terminando de de arreglar*
 Caso 35 ¹³*entonces eso es buena noticia*
 ²⁰*digo van bien las cosas*
 Caso 36 ¹⁴*yo veo que las cosas están bien*
 ¹⁷*no veo mayor problema*
 Caso 37 ⁸*[yo creo que] yo creo que es esto nomás que estamos platicando eh?*
 ⁹*no pasa nada (.) eh?*

Es necesario advertir que la evaluación, en los Casos 7, 20, 32, y 37 tiene lugar hacia el final de la secuencia del diagnóstico, es decir, cierra esta fase de la consulta. Aquí el médico hace

³² El cuadro clínico es la recopilación e interpretación tanto de síntomas (lo que refiere el paciente) como signos (lo que observa el médico a simple vista y/o después de la exploración del paciente) que le permiten al médico perfilar un diagnóstico.

un llamado a su interlocutor o bien se refiere a él (*le digo*, en 7; *no?*, en 20; *vamos*, en 32; *eh?*, en 37) para recapitular o comentar sobre algo que considera importante subrayar del diagnóstico.

Como mencionamos en el capítulo anterior, apartado 2.2.2 Tipos de evaluación y evaluadores, en los datos analizados la evaluación puede adoptar además, siguiendo a Labov (1972)³³, dos formas: el médico menciona una opinión o sentimiento como algo que le ocurre, o bien el médico menciona a una tercera persona que examina por él. Comencemos por analizar un caso de evaluación en la que el médico menciona una opinión o sentimiento como algo que le ocurre. Como ya hemos mencionado en este tipo de evaluación, más que dirigirse a su interlocutor, el médico se posiciona con respecto al diagnóstico que está ofreciendo. En el Caso 12³⁴, observamos tres enunciados en los que esto ocurre:

- Caso 12 ¹³pero *nunca pensé* que este tu problema por el lado del hígado eh?
 ¹⁸mira sí s: aquí *podíamos pensar* que es un inicio de fiebre tifoidea
 ³²no no *no me convence* todavía el diagnóstico (7)

En el enunciado 13 el médico justifica el no haber solicitado al paciente que se realizara pruebas hepáticas y evalúa el hecho de no haber diagnosticado el problema hepático, pues no fue sino hasta que vio los resultados de la química sanguínea cuando se percató de que ahí se señalaba el aspecto icterico del suero.

En cuanto al padecimiento inicial del paciente, la fiebre tifoidea, el médico interpreta los valores bajos en las reacciones febriles (enunciado 17) como la primera etapa de la enfermedad, de ahí que en 18, manifieste su posición al respecto. Sin embargo, precisamente los valores bajos aunados a que el paciente no tiene temperatura (enunciado 28) contribuyen a que el médico dude del diagnóstico de fiebre tifoidea, tal como lo expresa con el enunciado evaluativo en 32.

En los siguientes casos también encontramos enunciados de este tipo de evaluación:

- Caso 9 ¹⁴ALGO algo *no me checa*
 Caso 20 ¹*necesito* descartar este problema de hepatitis
 Caso 26 ¹⁹*esperemos que* sea un tapón de cerilla que sería así como que lo más fácil
 no?

³³ Recordemos que hemos adaptado la propuesta de Labov para el estudio de esquemas narrativos al tipo de esquema comunicativo que aquí examinamos.

³⁴ Para asegurar la claridad de esta secuencia de enunciados, el lector debe saber que se trata de una consulta subsecuente.

- Caso 33 ⁶o sea *me llama la atención*
¹¹que *me llama la atención*
²⁴*no me checa*
³⁷algo que *no me checa*
Caso 34 ¹⁹por eso *no me checa* me explico?
Caso 35 ⁵esto *nos tranquiliza* mucho
²¹[*podemos estar tranquilos*]
Caso 36 ⁸es que *no me checa* (1)

Pasemos ahora a la evaluación en la que el médico menciona a una tercera persona que examina por él, esta forma de evaluar ocurrió en un menor número de ocasiones con respecto a las mencionadas anteriormente. En el Caso 33, por ejemplo, el paciente acude con un ultrasonido y refiere que, después del tratamiento, sigue con el mismo dolor. Una vez que el médico observa las placas del ultrasonido podemos distinguir claramente una serie de enunciados negativos, en total dieciocho, en los que el médico afirma no encontrar ningún problema. Inclusive la posible *hernia* mencionada en el enunciado 20³⁵ –aquí no citado porque no tiene este tipo de marca evaluativa– también queda descartada por otros diagnósticos. De esta manera, la mención explícita de la evaluación por parte de otros especialistas (*cirujanos y ortopedistas*) refuerza lo dicho por el médico:

- Casos 33 ²²*los cirujanos dijeron* que pues *que no había nada* no?
²³este: ya te vio *el ortopedista* y *tampoco ve nada*

En los Casos 12 y 32 podemos ver que los médicos emplean la misma estrategia para apoyar su diagnóstico, solo que en estos casos la referencia es a los exámenes de laboratorio:

- Caso 12 ⁶ah mira aquí dice *aquí le pusieron* aspecto del suero ictericia leve (3)
¹⁴fíjate pues *aquí dice* aspecto del suero ictericia leve leve (1)
²⁰porque aquí también en este mismo *pusieron* en observaciones (2) se observan suero icte- este: ictérico (2)
²⁴porque MIRA en los dos estudios *me está diciendo* que hay este: (2) ictericia (.)
Caso 32 ²*que está que está* muy bien el riñón no?

Vistas aquí en su carácter de acciones globales, la actividad evaluativa del médico aparece como un proceder en el que el médico da a conocer, de manera mitigada, su punto de

³⁵ ²⁰ este: pareciera o sea por las características clínicas me pareciera que fuera una hernia

vista; como una opinión o sentimiento que le ocurre; y, finalmente, como una evaluación en la que el médico menciona a una tercera persona que examina por él.

Veamos ahora el tipo de evaluadores empleados y su distribución local en la secuencia del diagnóstico

3. 2. 2 El carácter local de la evaluación

Recordemos que en el nivel conversacional de la organización discursiva del acto de diagnosticar, la diagnosis es una respuesta que preferentemente tiene la forma:

Usted (paciente) tiene, padece, sufre X, o bien, esto es, se llama X

que podemos entender como la sintaxis básica del enunciado descriptivo-identificador del diagnóstico, de tal suerte que las formas que se aparten de este tipo se presentan marcadas. Efectivamente líneas arriba mencionamos que los elementos evaluativos que marcan los enunciados descriptivos del diagnóstico son intensificadores, comparativos, correlativos y explicativos. La Tabla 1 concentra, clasificados, todos estos elementos.

Intensificadores	
Adjetivos o adverbios	<i>muy</i> desgastado, (6 ⁻⁹), <i>muy</i> bien (16 ⁻³), <i>muy</i> alto (25 ⁻³), <i>muy</i> inflamada (26 ⁻¹²), <i>muy</i> esponjadita (27 ⁻⁶), <i>muy</i> distendida (27 ⁻¹⁵) <i>bien</i> alto (23 ⁻²) <i>bien</i> quemadita (27 ⁻¹³), <i>bien</i> maltratada (29 ⁻¹⁴), <i>bien</i> inflamada (31 ⁻³) <i>irritadísima</i> la garganta (3 ⁻¹) dolor <i>severo</i> (25 ⁻⁶) <i>totalmente</i> normal (26 ⁻⁵) <i>agresivón</i> (31 ⁻⁴) filtrando <i>padrísimo</i> (32 ⁻¹) está <i>sensacional</i> (32 ⁻⁷) <i>excelente</i> noticia (35 ⁻¹)
Elongaciones	<i>este</i> : (9 ⁻⁴), (10 ⁻²), (11 ^{-3,11}), (12 ^{-20,24}), (26 ⁻⁴), (31 ⁻⁹), (33 ^{-7,17, 20,23, 32}), (34 ^{-11,12}), (36 ⁻⁷), (37 ^{-2,5}) <i>eh</i> : (9 ⁻⁹), (20 ⁻⁹), (31 ⁻⁹) <i>que</i> : (9 ⁻⁹), (33 ⁻²⁵)

	<i>al:</i> (10 ⁻²) <i>por:</i> (11 ⁻¹) <i>a:</i> (11 ⁻⁵) <i>va:</i> (36 ⁻¹³) <i>ah:</i> (11 ⁻¹³) <i>de:</i> (12 ^{-8,12}), (20 ⁻⁴) <i>e::</i> (12 ⁻¹⁷), (36 ⁻⁵) <i>su:</i> (13 ⁻⁵) <i>sus:</i> (23 ⁻²) <i>m:</i> (23 ⁻⁹) <i>el:</i> (25 ⁻³) <i>la:</i> (24 ⁻¹), (27 ⁻⁹) <i>tan:</i> (10 ⁻⁴) <i>provocan:</i> (25 ⁻⁷) <i>s:</i> (12 ⁻¹⁸) <i>mucha::m</i> (27 ⁻⁴) <i>des::calcificación</i> (19 ⁻¹¹)
Cuantificadores	subieron <i>mucho</i> (23 ^{-1,7}), subió <i>mucho</i> (23 ⁻⁶), tranquiliza <i>mucho</i> (35 ⁻⁵), <i>muchos</i> parásitos (25 ⁻¹⁶), <i>mucho</i> ruidito (27 ⁻³), <i>mucha</i> fragilidad (27 ⁻¹⁷), <i>mucha</i> obstrucción (28 ⁻¹) tal vez <i>demasiado</i> (10 ⁻⁴)
Repeticiones	<i>el el el</i> (9 ⁻⁷), <i>algo algo</i> (9 ⁻¹⁴) <i>es posible...es posible</i> (11 ⁻¹) <i>varios varios</i> (11 ⁻⁷) <i>descartar descartar</i> (20 ⁻⁴) <i>lo lo</i> (23 ⁻³) <i>un un un</i> (26 ⁻⁴) <i>su su</i> (27 ⁻⁴) <i>bien bien bien</i> (27 ⁻¹⁴) <i>una una una</i> (31 ⁻¹) <i>que que</i> (33 ⁻¹⁰) <i>yo creo que yo creo que</i> (37 ⁻⁸)
Comparativos	
Modal <i>como</i>	se le está haciendo <i>como</i> los viejecitos (19 ⁻¹) un verdadero tapón <i>como como</i> roca (26 ⁻¹⁸) una pancita <i>como</i> de embarazo (27 ⁻⁵) estamos <i>como</i> mormados (31 ⁻²) <i>como</i> quinceañero (32 ⁻⁸), <i>como</i> le había dicho (32 ⁻¹⁵)

Comparativos	<i>tanto</i> por la edad (6- ⁴), <i>como</i> por traumatismos (6- ⁵) en reacciones febriles <i>igual</i> (11- ¹²) una cosa más <i>más</i> seria (28- ⁵) está mejor <i>mejor que bien</i> (32- ¹¹), estamos mucho <i>mejor</i> (37- ⁵)
Negativos	<i>no no hay</i> nada de fiebre tifoidea (12- ¹), <i>no hay</i> anemia (13- ⁴), <i>no hay</i> anginas (17- ³), <i>no hay</i> inflamación (18- ¹), <i>no hay no hay</i> varicocelo (33- ³), <i>no hay</i> cáncer (33- ¹⁶), <i>no hay</i> ningún problema (33- ¹⁷), <i>no hay</i> sangrado (34- ²) <i>no se escucha</i> eh mucha obstrucción (28- ¹) <i>no se ve</i> ningún problema (33- ¹)
Futuros	<i>vamos a ver</i> el problema de la fertilidad (9- ¹²), <i>vamos a descartar</i> que no haya una salmonelosis (26- ²⁰), lo que <i>vamos a tratar</i> es la: la gastritis (27- ⁹), <i>vamos a ver</i> (37- ¹⁰)
Metáforas	<i>no eres un cuadro</i> así típico (9- ³) <i>el abdomen está hablando</i> de (11- ¹⁶) <i>su digestión que viene</i> muy muy distendida (27- ¹⁵) <i>no sea que vaya a caer una neumonía</i> (28- ³) {por eso es} que <i>nos está dando lata esta gripita</i> (31- ²)
Modales de inseguridad o duda	<i>puede ser</i> (12- ^{12,15}), (13- ⁶), (19- ^{9,11}), (20- ⁹), (26- ^{13,17}), (31- ^{11,12}), (34- ¹¹) <i>a la(o) mejor</i> (10- ^{3,5,7}), (11- ⁴), (31- ¹¹), (34- ^{6,7}) <i>seguramente</i> (5- ⁵), (18- ³), (26- ⁸), (27- ⁵), (28- ⁶) <i>igual</i> (10- ^{1,5,7}), (20- ⁹), (31- ¹²) <i>posiblemente</i> (11- ⁵), (19- ¹⁰), (20- ⁶) <i>no sea que</i> (12- ^{8,22}), (28- ³) <i>es posible</i> (10- ¹), (11- ^{1,2}) <i>puede estar</i> (26- ^{12,26}) <i>pudiera ser</i> (9- ¹⁰), <i>pudiera explicarme</i> (34- ¹⁶) <i>podíamos pensar</i> (12- ¹⁸), (18- ⁵) <i>pudiese haber</i> (11- ⁵) <i>probablemente</i> (34- ⁴) <i>tal vez</i> (10- ⁴) <i>se pudo haber</i> (26- ¹⁴) <i>a no ser que</i> (12- ⁴) <i>no sea</i> (12- ⁹) <i>ha de haber</i> (11- ⁹) <i>lo más seguro</i> (26- ²⁸)
Modales de evidencia	<i>sí claro</i> (5- ⁷) <i>en efecto</i> (27- ²)
Modales sobre el origen del	<i>yo creo que</i> (23- ¹⁰), (32- ¹⁵), (36- ⁷), (37- ^{1,8}) <i>pienso que</i> (11- ⁹), (19- ⁸), (21- ⁴)

mensaje	<i>me parece que</i> (9- ⁴) <i>siento que</i> (11- ¹⁶), (19- ⁵) <i>yo no creo que</i> (9- ¹⁶), (36- ¹¹) <i>creo que</i> (36- ^{12,18}) <i>pareciera</i> (33- ^{20,26}) <i>siento</i> (17- ⁵) <i>no creo que</i> (33- ²⁹) <i>para mí</i> (15- ²) <i>pareciera que</i> (9- ⁸) <i>me pareciera que</i> (33- ²⁰) <i>me da el aspecto</i> (11- ⁵)
Correlativos	
Gerundios	<i>{está} complicándose con</i> (4- ¹), <i>está hablando de</i> (5- ²), <i>ya está comprimiendo</i> (10- ³), <i>estamos hablando de</i> (10- ^{6,7}), <i>está hablando de</i> (11- ¹⁶), <i>está iniciando</i> (12- ²⁷), <i>puede estar ocasionando</i> (26- ¹⁸), <i>estaba ocasionando que</i> (32- ¹⁶), <i>nos está dando lata</i> (31- ²), <i>esto nomás que estamos platicando</i> (37- ⁸)
Apositivos dobles	<i>por las caídas los golpes que se ha llevado</i> (6- ^{6,7}) <i>{está} complicándose con una otitis otitis media</i> (4- ^{1,2})
Atributos dobles	<i>de que se cayó [{---} traumática sí claro]</i> (5- ^{6,7}) <i>algún problema ahí de (.) de este de hepatitis algún problema hepático</i> (11- ^{5,6}) <i>está muy bien muy limpia la orina</i> (32- ⁹)
Explicativos	
	<i>porque</i> (12- ^{8,9,10,20,24}), (15- ³), (16- ³), (23- ⁷), (26- ^{9,10}), (29- ²), (33- ^{7,12,28}), (34- ^{7,9,13}), (35- ^{6,15}), (36- ¹³) <i>o sea</i> (5- ⁴), (6- ⁶), (12- ²⁷), (25- ⁶), (33- ^{3,6,16,18,20,29,33}), (35- ⁸), (36- ¹⁵) <i>por eso</i> (23- ¹¹), (25- ¹¹), (31- ²) <i>que es</i> (26- ²⁷), (32- ¹³), (33- ³⁶) <i>por eso</i> (10- ⁵), (34- ¹⁹) <i>es que</i> (29- ⁵), (31- ¹) <i>que sería</i> (26- ^{16,21}) <i>esto quiere decir que</i> (5- ³) <i>como consecuencia de</i> (11- ¹⁸) <i>eso hace que</i> (31- ⁶) <i>lo que pasa es que</i> (13- ²)

TABLA 1³⁶. Elementos sintácticos como marcas evaluativas del enunciado descriptivo del diagnóstico.

³⁶ En la Tabla 1, los encabezados representan la clasificación de cada uno de los elementos evaluativos, la columna de la izquierda incluye los subtipos de evaluadores, mientras que la columna de la derecha muestra cada

Comenzaremos por identificar a los intensificadores. Como su nombre lo indica, los intensificadores cumplen la función de dar mayor fuerza al elemento que acompañan; esto se puede lograr mediante el uso de adverbios, adjetivos, elongaciones de vocales o consonantes, cuantificadores o repeticiones. En nuestros datos, según se desprende la Tabla 1, los adverbios, adjetivos y cuantificadores son los que cumplen, con mayor claridad, con esta función, pues le imprimen fuerza a los enunciados en los que el médico reporta lo que “ve” o “encuentra”, en los exámenes clínicos y físicos. Por ejemplo, en el Caso 26, para descartar la presión como causa del mareo que reporta la paciente, la médica afirma:

Caso 26 ⁵tu presión está *totalmente* normal

queda claro, de este modo, que la presión no es el problema. Lo mismo sucede en los siguientes Casos:

Caso 6 ⁹sí está *muy* desgastado ya sus cartílagos
 Caso 25 ¹⁶vi que tenía usted *muchos* parásitos también
 Caso 31 ³no pues sí (.) *bien* inflamada eh? su garganta
 Caso 32 ¹el riñón está filtrando *padrísimo*

Las elongaciones y repeticiones, por otro lado, no intensifican, en nuestros datos, las aseveraciones del médico sino que las preceden demorando o inclusive declinando su aparición. Como sabemos, las formas elongadas y las repeticiones son estrategias que cualquier hablante utiliza para reformular o repensar lo que va a decir. En el contexto que analizamos queda claro que conforman un sistema de declinación del diagnóstico o, mínimamente un componente de duda.

Los comparativos, cuya función es establecer una relación de semejanza entre dos cosas, no solo incluyen al adverbio modal *como* sino también a las formas negativas, a las formas en futuro, a las metáforas y a las locuciones modales. De estas formas, en los datos, llaman particularmente la atención, por un lado, las formas negativas y, por otro, los modales. En el Caso 33 específicamente, es notorio que el médico diagnostica lo que no tiene el paciente más

uno de las instancias identificadas, seguidas, entre paréntesis, del número de Caso y el número superíndice de los enunciados que lo componen.

que lo que sí tiene, o que le comunica al paciente los problemas que “no ve” en lugar de lo que sí puede observar a partir de los datos con los que cuenta.

Caso 33 ³o sea *no hay* no hay varicocelo
⁷porque *no veo* ningún otro problema que pudiera explicarlo esto este:
 (5)
¹²porque pues no eres *no eres* diabético (.) ni ni nada
¹⁶o sea *no hay* cáncer
³⁵*no veo* ningún problema

De un conjunto de treinta y ocho enunciados que conforman la secuencia del diagnóstico en este Caso, dieciocho son enunciados negativos que contrastan notablemente con lo que dice el médico que *pareciera* tener el paciente. Estas respuestas negativas a la pregunta inicial del paciente resultan inesperadas porque, –tal como Labov (1972) menciona en relación con los evaluadores en la narración– las formas negativas van en contra de las expectativas del paciente de que el médico le dirá lo que tiene o padece.

En la Tabla 1, vemos también que las locuciones modales son los elementos evaluadores más abundantes en nuestros datos. Estos elementos nos permiten dar cuenta de la manera como el médico considera el diagnóstico proporcionado al paciente: si es una respuesta dudosa o posible, segura o evidente, o bien como una mera opinión. Al hacer evidente la frecuencia de aparición de estos elementos, es obvio que, en la mayoría de los casos, el enunciado del diagnóstico está marcado por unidades evaluativas de posibilidad e inseguridad, en términos conversacionales, de declinación. El Caso 10 es un claro ejemplo de esto, pues los tres diferentes diagnósticos que se ofrecen, se brindan solo como posibilidades:

Caso 10 ¹*igual* está el problema de columna cervical {*es*} *posible*
³*a la mejor* ya está comprimiendo la hernia
⁴ya esté comprimiendo *tal vez* demasiado algún este nervio
⁷*igual a la mejor* estamos hablando de presencia de osteofitos también en cervicales

Con respecto a los modales que orientan al interlocutor sobre el origen del mensaje (Cf. Martín Zorraquino, 1998: 29), notemos que el médico ofrece el diagnóstico como una mera opinión y no como una aseveración. De esta forma, otra vez se distancia de su dicho. Veamos

tres ejemplos del grado de distanciamiento que se puede lograr en relación con el acto de habla de aseverar en el contexto de la consulta médica:

- Caso 23 ¹⁰*yo creo que* de hecho su intestino es perezoso mjm
 Caso 15 ²*para mí* es un inicio como de un herpes eh?
 Caso 11 ⁵*me da el aspecto* eh posiblemente este (.) a: pudiese haber algún problema ahí de (.) de este de hepatitis

En el Caso 23, la intervención de la médica, si bien es una opinión, esta va seguida del operador de refuerzo argumentativo *de hecho*, lo cual muestra que se compromete en mayor grado con el diagnóstico. En el Caso 15, el médico ofrece el diagnóstico como una opinión propia pero atenuada por la expresión *como de*, que le confiere el carácter de duda. En el Caso 11, en cambio, es claro que el médico evade todo compromiso con el diagnóstico a juzgar por la cantidad de elementos evaluativos que marcan su enunciado: la expresión *me da el aspecto* introduce un elemento como algo completamente subjetivo que además va acompañado de los marcadores discursivos *eh* y *este*; el modal *posiblemente* y la forma en subjuntivo *pudiese haber* expresan un alto grado de duda, y, finalmente, la elongación *a:*, la repetición *de...de*, y las pausas muestran la vacilación del médico al momento de dar el diagnóstico.

Otros modales como los que expresan evidencia por parte del médico en relación con lo dicho (Cf. Martín Zorraquino, 1998: 35) son menos frecuentes en comparación con los anteriores. Veamos los dos casos aquí identificados:

- Caso 5 ⁶*de que se cayó*
 ⁷[{---} traumática *sí claro*]

En el Caso 5, después de que la paciente pregunta si el problema que tiene se debe al peso que cargó o a la caída que sufrió, la médica responde con un atributo doble y con el elemento evaluador de certeza *sí claro* en 6 y 7. En el Caso 27, una vez que la médica revisa la garganta, le comunica a la paciente lo que pudo observar:

- Caso 27 ¹*ahí hay un poco de inflamación ahí*
 ²*y sí en efecto* se ve un poquito quemado

Aunque está presente el elemento atenuador *poquito*, la seguridad de que la garganta tiene un aspecto quemado está dada por el modal evaluador *en efecto*.

En lo que respecta a los correlativos encontrados en el corpus, estos fueron tres apositivos dobles y tres atributos dobles. Los apositivos dobles intensifican, profundizan o especifican al elemento que acompañan. Así, en el Caso 6, la frase *los golpes que se ha llevado* intensifica, a manera de repetición, a *las caídas*:

Caso 6 ⁶mjm o sea por *las caídas*
 ⁷*los golpes que se ha llevado* sí?

De manera similar sucede en el Caso 4, donde, como observamos, *otitis media* en 2 especifica a *otitis* en 1 y *un problema de faringitis* especifica a *faringitis*:

Caso 4 ¹{---} {está} complicándose con una otitis
 ²otitis media {---}...
 ⁵faringitis
 ⁶un problema de faringitis

En general, la función de los atributos dobles es la de agregar más elementos a la descripción del estado del paciente. El uso de este recurso lo podemos ver en los Casos 5, 11 y 32; en este último Caso, el médico emplea el adverbio *bien* más el adjetivo *limpia* para describir con más detalle los resultados del examen de orina.

Caso 5 ⁶*de que se cayó*
 ⁷[{---} traumática sí claro]
 ⁵...algún problema ahí de (.) de este *de hepatitis*
 ⁶algún problema *hepático*
 ⁹está *muy bien muy limpia* la orina

Como se muestra en Tabla 1, hay algunas expresiones que, como veremos más adelante, son marcadores del discurso que introducen enunciados explicativos. El médico utiliza el marcador *o sea* y la expresiones *esto quiere decir* y *que es*, la mayoría de las veces, para reformular una situación o término que considera podría no haberle quedado claro al paciente. Los siguientes son algunos casos de este tipo:

- Caso 5 ²y bueno {ps también} está hablando de rectificación de la (.) lordosis (1)
³*esto quiere decir* que está más derecha de lo normal
⁴*o sea* no está tan curvada como debiera de estar
- Caso 25 ⁵no acuérdesse que finalmente esto da artralgias generalizadas
⁶*o sea* todo el organismo hay dolor de huesos severo
- Caso 26 ¹⁵y ocasionarte una otitis media
¹⁶*que sería* la inflamación de la membrana timpánica
²⁶y esto puede estar asociado a una salmonelosis
²⁷*que es* una bacteria en el estómago

En cada una de estas instancias, el segundo término (*más derecha de lo normal, dolor de huesos severo, inflamación de la membrana timpánica y bacteria en el estómago*) es una reformulación o explicación del primero (*rectificación de la lordosis, artralgias generalizadas, otitis media y salmonelosis*) que, como es fácil advertir, es un término médico. Hay, sin embargo, otros casos en los que la explicación cumple una función diferente de la anterior, nos referimos a la de proveer suficientes razones y evidencias que apoyen o justifiquen lo dicho por el médico. En este caso, los marcadores que introducen dichas justificaciones son causativos como se muestra en la siguiente serie de enunciados ordenados alrededor del término *porque*:

- Caso 34 ¹¹puede ser que después de la cirugía este: (1)
¹²se queda este: como la la zona de la próstata sensible
¹³por qué? *porque* se des- se corta todo esto
¹⁴entons esto tiene que reepitelizar
¹⁵vuelva a crecer lo que lo que cubre a la próstata no?
¹⁶entonces eso pudiera explicarme por qué esto (2) esto sangra me explico?

Aquí el médico le dice al paciente, en el enunciado 12, que una de las posibles causas del sangrado es que la zona de la próstata haya quedado sensible después de la cirugía, pero para apoyar su dicho, el médico adelanta una probable pregunta del paciente y responde en 13, con una explicación introducida por el marcador causativo *porque*, que la sensibilidad se debe a que se hizo un corte en esa zona y que esta debe *reepitelizar*, lo cual también se explica en 15.

Hasta ahora hemos abordado los elementos evaluativos en la secuencia del diagnóstico de acuerdo con la reelaboración que hemos hecho de la propuesta de Labov para dar cuenta de las acciones evaluativas en esquemas narrativos. En el siguiente apartado nos detendremos a examinar los marcadores del discurso y mostraremos que, en el contexto de la secuencia del

diagnóstico médico, además de conocido empleo para vincular los elementos del discurso, su función es también evaluativa.

3. 2. 3 Los marcadores del discurso como elementos evaluadores en la secuencia del diagnóstico

En el nivel conversacional señalamos que los marcadores del discurso conforman variadas formas de prefacios que caracterizan la respuesta del médico como despreferente. En este nivel de análisis veremos que son elementos al servicio de la compleja red evaluativa con la que es marcada la secuencia del diagnóstico.

Martín Zorraquino y Portolés Lázaro (1999), como ya hemos mencionado en el Capítulo 2, clasifican a los marcadores del discurso en cinco grupos: estructuradores de la información, conectores, reformuladores, operadores argumentativos y marcadores conversacionales. En nuestros datos encontramos los cinco tipos que mencionan los autores, algunos de ellos en mayor número de ocasiones, como se aprecia en la Tabla 2.

Estructuradores de la información	comentadores	<i>pues</i> (9 ⁻¹³), (11 ⁻²), (12 ⁻¹⁴), (23 ⁻³), (27 ⁻⁴), (32 ⁻¹⁰), (33 ⁻²²) <i>pues eso</i> (25 ⁻²) <i>pues sí</i> (30 ⁻³), (31 ⁻¹) <i>no pus</i> (30 ⁻¹) <i>no pues sí</i> (31 ⁻³)
	ordenadores	<i>una</i> (9 ⁻⁵) <i>uno de ellos</i> (11 ⁻⁸) <i>primero</i> (26 ⁻¹⁰)
Conectores	aditivos	<i>aparte de</i> (9 ⁻¹²), (26 ⁻¹⁸)
	consecutivos	<i>entonces</i> (32 ^{-3,19}), (33 ⁻¹³), (34 ^{-14,16,22}), (35 ⁻⁴)
	contraargumentativos	<i>pero</i> (4 ⁻⁷), (11 ⁻³), (12 ^{-13,15,17,19,31}), (13 ⁻⁵), (16 ⁻⁵), (19 ⁻⁴), (22 ⁻³), (26 ^{-6,28}), (28 ⁻²), (32 ⁻⁶), (33 ^{-21,30}), (34 ⁻¹⁸), (36 ⁻³), (37 ⁻⁵) <i>sin embargo</i> (11 ⁻¹⁶)
Reformuladores	explicativos	<i>o sea</i> (5 ⁻⁴), (6 ⁻⁶), (12 ⁻²⁷), (25 ⁻⁶), (33 ^{-3,6,16,18,20,29,33}), (35 ⁻⁸), (36 ⁻¹⁵) <i>que es</i> (26 ⁻²⁷), (32 ⁻¹³), (33 ⁻³⁶) <i>que sería</i> (26 ^{-16,21}) <i>esto quiere decir</i> (5 ⁻³)

	de rectificación	<i>más bien</i> (10 ⁻²)
Operadores argumentativos	de refuerzo argumentativo	<i>de hecho</i> (23 ⁻¹⁰)
Marcadores conversacionales	de modalidad epistémica	<i>sí claro</i> (5 ⁻⁷) <i>en efecto</i> (27 ⁻²)
	enfocadores de la alteridad	<i>eh?</i> (3 ⁻¹), (4 ^{-3,4}), (12 ^{-2,8,13,22,28}), (13 ^{-1,5,6}), (14 ⁻²), (15 ⁻²), (16 ⁻³), (26 ⁻⁹), (27 ⁻⁴), (29 ⁻¹), (30 ⁻³), (31 ^{-1,3}), (37 ^{-8,9}) <i>no?</i> (11 ⁻²), (12 ^{-4,11}), (18 ⁻⁵), (19 ⁻²), (20 ^{-4,10}), (25 ⁻⁸), (26 ⁻¹⁹), (30 ⁻²), (32 ⁻²), (33 ^{-9,22}), (34 ^{-10,15}), (35 ⁻²) <i>mira</i> (12 ^{-6,18,24}), (13 ⁻²), (14 ⁻¹), (29 ⁻⁴) <i>me explico?</i> (33 ^{-14,27}), (34 ⁻¹⁹) <i>sí?</i> (6 ⁻⁷), (26 ⁻⁷), (31 ⁻¹²), (36 ⁻¹⁸) <i>fíjate</i> (12 ⁻¹⁴), (17 ⁻¹), (33 ⁻⁵) <i>verdad?</i> (3 ⁻³), (11 ⁻⁴), (27 ⁻³) <i>sabe qué?</i> (13 ⁻⁶), (16 ⁻¹) <i>okey?</i> (26 ⁻¹⁸), (31 ⁻¹³) <i>ajá?</i> (26 ^{-12,25}) <i>sabes qué</i> (15 ⁻¹) <i>qué cree?</i> (32 ⁻¹⁰) <i>mano</i> (17 ⁻²) <i>oye</i> (33 ⁻⁵) <i>sale?</i> (26 ⁻⁴)
	metadiscursivos conversacionales	<i>este</i> (9 ^{-8,9,10}), (10 ^{-2,4}), (11 ^{-1,3,5}), (12 ^{-2,13,17,20,24}), (20 ⁻¹), (26 ^{-2,4,8}), (31 ^{-9,13}), (33 ^{-7,8,10,17,20,23,32}), (34 ^{-1,11,12}), (35 ^{-4,7}), (36 ⁻⁷), (37 ^{-2,3,5}) <i>eh</i> (9 ⁻⁹), (11 ^{-1,5,8,9}), (16 ⁻⁶), (20 ^{-2,9}), (26 ⁻⁶), (28 ⁻¹), (29 ⁻¹¹), (31 ⁻⁹) <i>bueno</i> (5 ⁻²), (9 ⁻¹³), (27 ⁻⁹), (29 ⁻⁸), (33 ⁻⁹), (37 ⁻⁵)

TABLA 2³⁷. Marcadores del discurso como elementos evaluativos en el enunciado descriptivo del diagnóstico

Examinemos, pues, los marcadores que aquí hemos mencionado comenzando con los marcadores estructuradores de la información. Estos marcadores le ayudan al médico a organizar lo que quiere decir. Se clasifican a su vez en comentadores, ordenadores y digresores. En nuestro corpus identificamos solamente comentadores y digresores. La Tabla 2 muestra que el marcador

³⁷ En la Tabla 2, la primera columna representa los tipos de marcadores discursivos, la segunda columna los subtipos de marcadores y la tercera columna muestra cada una de las instancias identificadas en los datos, seguidas, entre paréntesis, del número de Caso y el número superíndice de los enunciados que componen.

comentador más utilizado es *pues*. Entre sus diferentes funciones se encuentra precisamente la de introducir un nuevo comentario sobre el elemento que lo antecede:

- | | |
|---------|---|
| Caso 23 | ² sí lo único que está bien alto sus: triglicéridos |
| | ³ y eso <i>pues</i> lo lo pone en riesgo de un infarto |
| Caso 25 | ¹ en las reacciones febriles en las que están (.) apareciendo otra vez |
| | {---} altos los títulos |
| | ² { <i>pues</i> eso} tiene usted salmonelosis (1) <u>nuevamente</u> |

En los Casos 23 y 25, el marcador *pues* encabeza un nuevo comentario acerca de lo dicho en el enunciado anterior, de manera que *lo pone en riesgo de un infarto y tiene usted salmonelosis* son comentarios que se derivan del alto nivel de triglicéridos en el enunciado 2 y de los títulos altos en el enunciado 1, respectivamente. Notemos además que, a juzgar por la posición que ocupa, en ambas series de enunciados, estos marcadores adoptan la forma interactiva de la advertencia. El primero en tanto lo que el paciente puede padecer en el futuro y, el segundo, en tanto se acompaña de la forma adverbial *nuevamente*, como forma de amonestación por las acciones no cumplidas en el pasado

La función de los conectores es la de unir un elemento en la secuencia del diagnóstico con otro anterior. Estos se subdividen en aditivos, consecutivos y contraargumentativos. Veamos las siguientes muestras:

- | | |
|---------|---|
| Caso 26 | ¹⁷ puede ser una lajita de cerilla que esté <u>pegada</u> a la membrana timpánica y eso nos cause cierto mareo |
| | ¹⁸ o un verdadero tapón como como roca que también nos puede estar ocasionando <i>aparte de</i> un poco de sordera mareo okey? |
| | ²⁶ y esto puede estar asociado a una salmonelosis |
| | ²⁷ que es una bacteria en el estómago |
| | ²⁸ <i>pero</i> lo más seguro por lo que vimos es que sea algo en tu oído hecho? |
| Caso 32 | ¹ el riñón está filtrando padrísimo |
| | ² que está que está muy bien el riñón no? |
| | ³ <i>entonces</i> eso es buena noticia |

El enunciado 18 del Caso 26 muestra un ejemplo de conector aditivo que le permite a la médica añadir una consecuencia más a la posibilidad de tener un tapón de cerilla en el oído. La primera consecuencia es *un poco de sordera* y la consecuencia añadida es el *mareo*, esto le permite a la médica reforzar la aseveración de su diagnóstico a pesar de la marca dubitativa

puede que antecede al elemento aditivo *aparte de*. En el Caso 32, enunciado 3, el conector consecutivo *entonces* muestra una relación de causa-consecuencia entre el hecho de que el riñón esté funcionando bien y las buenas noticias, es decir, el médico presenta la *buena noticia* como conclusión de los dos enunciados anteriores. El marcador *entonces*, al ser concluyente, focaliza la atención del paciente en el elemento que sigue, haciendo de la expresión *eso es buena noticia* el elemento evaluador más relevante por encima de lo reportado en los enunciados 1 y 2.

Para finalizar con los marcadores conectores, veamos nuevamente el Caso 26 donde identificamos uno de los marcadores contraargumentativos. El marcador *pero* del enunciado 28 le hace ver a la paciente que el diagnóstico de la salmonelosis en los enunciados 26 y 27 es menos probable para explicar el mareo que el de alguna lesión en el oído. En otras palabras, el marcado *pero* le resta importancia al diagnóstico sugerido en 26 y 27 y refuerza el diagnóstico del enunciado 28, lo cual es más evidente por el uso del modal *lo más seguro*.

Los marcadores reformuladores como *esto quiere decir*, *o sea*, o *más bien* le ayudan al médico a replantear un elemento del diagnóstico, que dijo anteriormente, usando otras palabras u otra forma en el enunciado siguiente. Estos marcadores, que ya abordamos en el apartado anterior cuando hablamos de los explicativos, cumplen la importante función de esclarecer algún término o situación que el paciente no haya comprendido o que el médico así lo considere.

En cuanto a los operadores argumentativos, a diferencia de los anteriores, no relacionan elementos entre sí. Se agrupan en operadores de refuerzo argumentativo y de concreción, pero en nuestro cuerpo de datos identificamos solo un caso del primer tipo, al que aludimos anteriormente:

Caso 23 ¹⁰yo creo que *de hecho* su intestino es perezoso mjm
 ¹¹también por eso está gordito
 ¹²por el estreñimiento (2)

Aquí el paciente le pregunta a la médica si el estreñimiento se debe a que come mucha grasa, a lo cual ella responde en el enunciado 10. La función del marcador *de hecho* es la de acentuar el diagnóstico de *intestino perezoso*.

En la Tabla 2 podemos apreciar que de todos los marcadores, los conversacionales son los que aparecen con más frecuencia en nuestro corpus, particularmente los enfocadores de la alteridad y los metadiscursivos conversacionales. En términos generales, este tipo de marcadores

ayudan a darle continuidad a la conversación y, por su función fática, regulan el contacto entre los participantes. Ciertamente en la secuencia que analizamos estos marcadores cumplen diferentes funciones; basta con observar los siguientes ejemplos:

- | | |
|---------|--|
| Caso 13 | ¹ el azúcar está bien <i>eh?</i> |
| Caso 31 | ¹ pues sí es que sí hay una una una bacteria <i>eh?</i> |
| Caso 32 | ² que está que está muy bien el riñón <i>no?</i> |
| Caso 33 | ⁹ eso bueno hay que tener cuidado <i>no?</i> |

Sin duda, la función que tienen los marcador *eh?* y *no?* (independientemente de su forma: interjección o negación) en los Casos 13 y 32 es muy diferente de la que tienen en los Casos 31 y 33 respectivamente. En los primeros casos su función es, además de fática, rechazar un posible síntoma en el cuadro clínico del paciente, mientras que en los últimos casos, su función es advertir³⁸, de tal suerte que es en los dos casos su función es evaluativa. El análisis detallado de cada uno de los marcadores presentes en nuestros datos queda fuera de nuestro objeto de estudio. Baste por ahora mostrar su función evaluativa en este contexto.

En este apartado hablamos del carácter global y local de la evaluación, así como de los marcadores del discurso como elementos evaluadores. Vimos que la evaluación global le permite al médico, por un lado, justificar el carácter impreciso del diagnóstico (o su ausencia), por otro lado, atenuar la gravedad del problema (tranquilizando al paciente o manifestando que hay mejoría) y, finalmente, evitar dar una respuesta equivocada. También observamos que el médico recurre a ciertas formas evaluativas para proporcionar suficiente evidencia que apoye su diagnóstico. La evaluación de carácter local mostró la manera como el médico se demora en dar un diagnóstico o se distancia, en mayor o menor medida, al ofrecerlo como una opinión. Consideramos, por último, los elementos que intensifican las observaciones del médico y los que le ayudan a esclarecer determinada situación al paciente.

En el siguiente apartado analizaremos, en un nivel temático, lo referente a las secuencias de primera y segundas menciones de la enfermedad o padecimiento del paciente.

³⁸ El acto de advertir es considerado aquí como evaluativo en tanto el agente que lo realiza requiere evaluar una situación como merecedora de atención.

3. 3 El nivel temático-referencial del enunciado del diagnóstico

Hemos visto en el examen de los datos realizado hasta ahora que, a nivel conversacional, el enunciado del diagnóstico es la respuesta obligada a la pregunta inicial del paciente que el médico da de manera característicamente despreferente, vimos también que los rasgos que lo definen como despreferente se constituyen, en otro nivel de análisis, en marcas evaluativas. Ahora, en este último apartado del Capítulo 3 veremos que el formato de despreferencia, marcado con varios componentes de declinación de la respuesta esperada, aunado a diferentes marcas evaluativas contribuye a que el diagnóstico se postergue y vaya perdiendo claridad, de modo que al final resulta ser indeterminado. Para mostrar este hallazgo analizaremos, en el nivel temático-referencial del macro-acto de habla de diagnosticar, las secuencias de primera y segundas menciones de la enfermedad que el médico alude que aqueja al paciente.

Al analizar los datos encontramos que hay diferentes mecanismos que muestran cierto grado de indeterminación en el enunciado del diagnóstico: por un lado, el empleo de pronombres indefinidos (*algo, eso*); por otro, el uso de artículos, adjetivos y adverbios indeterminados que califican a la enfermedad (*un problema de intestino, algún tipo de malformación*); y, finalmente, secuencias de diferentes diagnósticos y sus correspondientes segundas menciones, o bien secuencias de diferentes diagnósticos que se mencionan solamente una vez. Veamos cada uno de estos elementos.

3. 3. 1 El grado de indeterminación de la enfermedad como referente en el enunciado del diagnóstico. El uso de elementos indefinidos.

En los siguientes casos observamos cómo en diferentes ocasiones el médico emplea pronombres indefinidos como *algo, esto y eso* para referirse a la enfermedad del paciente durante la fase del diagnóstico en la consulta médica.

Caso 9	¹⁴ <i>ALGO algo</i> no me checa
	¹⁵ (.) <i>algo</i> está mal <i>ahí</i>
	¹⁶ <i>nada</i> grave
Caso 13	⁸ <i>eso</i> digo que tiene
Caso 20	⁸ <i>algo</i> así
	⁹ <i>algo</i> que te hizo daño

Caso 23	⁴ u otra cosa
Caso 26	²⁸ ... <i>algo</i> en tu oído
Caso 33	¹³ ... <i>algo</i> está mal
	³³ no veo <i>nada</i>
	³⁸ <i>algo</i> que no estamos terminando de arreglar
Caso 34	¹⁴ <i>esto</i> tiene que reepitelizar
	¹⁶ <i>eso</i> pudiera explicarme por qué... <i>esto</i> sangra
Caso 36	¹¹ no creo que haya <i>nada</i>
Caso 37	⁸ es <i>esto</i> nomás
	⁹ no pasa <i>nada</i>

De acuerdo con el Diccionario de la lengua española (DRAE), *algo* es un pronombre indefinido que “designa lo que no se quiere o no se puede nombrar” y, como podemos ver, es el más frecuente en estos casos. En el Caso 26, por ejemplo, después de que la médica descarta la presión como causa de mareo, ofrece tres diagnósticos diferentes: *una otitis media*, *una lajita de cerilla* y *una salmonelosis* concluyendo con el enunciado 28 *algo en tu oído*, y aunque todo apunta a que se trata de un problema en el oído, según la evidencia proporcionada al respecto, el empleo del pronombre indefinido *algo*, nos indica que no está claro el padecimiento de la paciente, de modo que ella se va sin saber, a ciencia cierta, la causa de su malestar.

En el Caso 37, el primer diagnóstico ofrecido por el médico es el de *un poquito de infeccioncita* (en el enunciado 1); conforme avanza la fase de diagnóstico, la paciente comenta que le preocupó mucho el dolor que tenía en el área de la espalda que le impedía sentarse y acostarse, a lo cual el médico responde con el enunciado 8 *es esto nomás que estamos platicando*, que corresponde a la segunda mención del primer diagnóstico; sin embargo, el uso de la locución adverbial *un poquito* en la primera mención del diagnóstico (*un poquito de infeccioncita*) y el deíctico *esto* en la segunda mención (enunciado 8), aunados a la distancia considerable entre la primera y la segunda mención³⁹ le dan al diagnóstico un carácter indeterminado. Hay que señalar también aquí la presencia del sustantivo *nada* en el enunciado 9 que niega existencia alguna de padecimiento, contrario a lo afirmado previamente por el médico.

Hay además en el corpus otros elementos que acompañan a la referencia de la enfermedad que la caracterizan como indeterminada; nos referimos a un conjunto de artículos,

³⁹ En la transcripción del Caso 37, la primera y la segunda mención de la enfermedad están separadas por diferentes secuencias. Después de la primera mención (*un poquito de infeccioncita*), la paciente comenta sobre la tos, el médico y la paciente hablan sobre el medicamento que ella está tomando, el médico pregunta si hay dudas, la paciente reporta que tuvo temperatura y que le preocupa el dolor en la parte de atrás; es hasta después de estas secuencias que identificamos la segunda mención del padecimiento (*es esto nomás que estamos platicando*).

adjetivos y adverbios como *un, una, varios, algún, alguna, ahí*, e incluso sustantivos como *cosa* que están presentes a lo largo de la fase de diagnóstico según se aprecia en los siguientes casos:

Caso 9	⁸ <i>un problema de intestino</i>
	¹¹ <i>...algún tipo de malformación</i>
Caso 10	⁴ <i>ya esté comprimiendo...algún...nervio</i>
Caso 11	⁴ <i>algún problema...por ahí</i>
	⁵ <i>algún problema ahí de (.) de este de hepatitis</i>
	⁷ <i>...varios padecimientos</i>
	¹³ <i>... alguna tifoidea</i>
Caso 12	⁵ <i>... un inicio de fiebre tifoidea</i>
	⁹ <i>...un problema hepático</i>
	¹² <i>...un inicio y un problema (1) de: hepatitis</i>
	³³ <i>algún contagio</i>
Caso 19	⁹ <i>...algún problema de ácido úrico</i>
Caso 28	² <i>...un poquito de de flemita por ahí</i>
	⁵ <i>...una cosa más más seria</i>
Caso 29	⁵ <i>...son muchos factores</i>
Caso 33	²⁶ <i>un cosa como más muscular</i>
Caso 34	⁷ <i>por ahí va las cosas...</i>

Observemos que hay dos casos en los que el médico hace referencia a más de un padecimiento: el Caso 11, enunciado 7 y el Caso 29, enunciado 5; aquí el médico hace uso de cuantificadores indefinidos como *varios padecimientos* y *muchos factores*. La oferta de varios diagnósticos, al inicio de la secuencia, habla de la complejidad de los padecimientos y, al parecer, de sus factores desencadenantes, pero al mismo tiempo de la falta de especificidad en los mismos, lo cual es previsible que confunda al paciente. De la misma manera, las formas indefinidas como *algún, alguna, un, una* que anteceden al padecimiento le restan claridad y le imprimen cierto grado de indeterminación. Podemos apreciar en el mismo Caso 11 que el enunciado 4, aunque es la preparación para el diagnóstico, pues efectivamente se trata de un pre-diagnóstico, es altamente indeterminado, ya que decir que hay *algún problema...por ahí* no le indica al usuario de los servicios médicos a qué tipo de problema se refiere ni dónde está localizado tal problema. En el siguiente enunciado, el médico proporciona más información sobre el padecimiento; no obstante, podemos ver cómo esta se pospone hasta el final del enunciado, pues la anteceden, nuevamente la expresión indeterminada *algún problema ahí* y, según hemos visto, otros elementos como la pausa (.) y la vacilación *de este de*. En el enunciado

13 del mismo caso, tenemos un diagnóstico concluyente, pero diferente del anterior que es también precedido por un adjetivo indefinido *alguna tifoidea*.

Otra manera en la que es observable el carácter indeterminado del referente en la secuencia del diagnóstico es la omisión de este último. En los siguientes casos, el médico simplemente no responde a la pregunta del paciente, es decir, no menciona ninguna enfermedad:

Caso 8	⁵ {ai va} está en el límite
Caso 16	⁶ ...((la garganta)) está muy eh
Caso 36	⁷ yo creo que este: (4)

En el Caso 8, la médica sugiere que el problema del paciente es la presión; sin embargo, menciona más bien un síntoma y, por lo tanto, no hay un referente claro de una posible enfermedad⁴⁰. En términos de lo visto en este conjunto de instancias, lo mismo sucede en los Casos 16 y 36 en los que no solo se desatiende la pregunta virtual del paciente, sino que tampoco se alude a ningún padecimiento. En el enunciado 6 del Caso 16, después de revisar la garganta, el médico comienza a reportar lo que observó: *está muy eh* pero no concluye su enunciado, el paciente solo sabe que está *muy* “algo”. Además, hay un corte en el flujo de habla del médico que nuevamente le impide conocer a la paciente el estado de su garganta. Ya hemos comentado anteriormente sobre la naturaleza evaluativa del enunciado 7 del Caso 36. Lo citamos ahora para mostrar el grado de indeterminación de la enfermedad como referente del diagnóstico, en este caso en particular, debido a la ausencia de dicho referente. Contrario a las expectativas del paciente, al final del enunciado observamos una demora marcada por la elongación *este*: y una pausa de cuatro segundos (4) que, dada su duración, es un silencio significativo en el nivel conversacional de la fase de diagnóstico.

Hemos observado en estos casos que hay elementos indefinidos que acompañan al referente del diagnóstico, o a la identificación de la enfermedad del paciente, que definen al acto de diagnosticar como indeterminado; pero también vimos que hay casos en los que no se menciona el referente y que, por lo tanto, funcionan igualmente como acciones indeterminadas. Abordemos ahora la misma cuestión mediante el análisis de las secuencias de primera y segunda mención de dicho referente.

⁴⁰ Como sabemos, la presión arterial alta forma parte del síndrome de varias enfermedades. Por lo tanto, la mera mención de que *está al límite*, no proporciona un diagnóstico.

3. 3. 2 El grado de indeterminación de la enfermedad como referente en el enunciado del diagnóstico. Las secuencias de primera y segunda mención.

Con la finalidad de hacer más evidente el grado de indeterminación de la referencia a la enfermedad en la mayoría de los casos que analizamos, empezaremos este apartado del Capítulo 3 con el análisis de los casos en los que aparece un diagnóstico de manera clara y discursivamente simple, es decir, de forma explícita y seguiremos después, en un intento de contrastar las instancias que conforman el corpus, con los casos en los que el diagnóstico es más complejo e indeterminado.

El Caso 6 es uno de los que conforman el Grupo 1, en el corpus de la investigación se trata de aquellas instancias en las que aparece un diagnóstico simple. Efectivamente, podemos apreciar en la Tabla 3 que en esta secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad, de los cuatro referentes nombrados por la médica, tres son explícitos y uno es implícito.

Caso 6

PRIMERA MENCIÓN	SEGUNDA MENCIÓN
Referente 1 ¹ insuficiencia venosa (E)	⁸ el problema de insuficiencia venosa (E)
Referente 2 ² una condromalacia (I)	³ de desgaste del cartílago articular (E), ⁹ está muy desgastado sus cartílagos (E)
Referente 3 ⁴ la edad (E)	
Referente 4 ⁵ traumatismos (E)	⁶ por las caídas (E), ⁷ los golpes (E)

TABLA 3⁴¹. Secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad en el Caso 6. En esta disposición de los datos, (E) significa que el referente es explícito e (I) que el referente es indeterminado.

El referente 1 *insuficiencia venosa* es el primer diagnóstico y se menciona por segunda ocasión en el enunciado 8; en ambos casos los términos son explícitos. El referente 2 *una condromalacia* corresponde al segundo diagnóstico que es, de acuerdo con el Diccionario

⁴¹ En esta y en las siguientes Tablas en las que mostramos la dinámica de primera y segundas menciones del diagnóstico, (E) significa referente explícito, (I) referente indeterminado y el símbolo Ø, la omisión del referente. El número superíndice indica, como lo hemos hecho hasta ahora, el número de enunciado identificado en la transcripción de los datos.

Médico Teide, la “degeneración del cartílago en una articulación”, por lo que identificamos en los enunciados 3 y 9 su segunda y tercera mención respectivamente. Aquí, mientras que la primera mención es inexplicita, las dos siguientes son explícitas. El referente 3 *la edad* es una de las causas del referente 2, se menciona solo una vez y es explícito. Por último, el referente 4 *traumatismos*, un factor más desencadenante del referente 2, tiene dos menciones subsiguientes en los enunciados 6 y 7, todas ellas explícitas. El hecho de que las expresiones para referirse a la enfermedad sean, en este caso, casi todas explícitas, muestra que la médica proporciona a la paciente un diagnóstico preciso *condromalacia* más información aclaratoria suficiente sobre su estado de salud. Las segundas menciones en tres de los cuatro referentes contribuyen también, a través de la progresión discursiva tema-rema⁴², a dar coherencia al enunciado del diagnóstico. Analicemos uno más de los casos que pertenecen al Grupo 1:

Caso 5

Primera mención	Segundas menciones
Referente 1 ¹ un defectito congénito (I)	
Referente 2 ² rectificación de la lordosis (E)	³ está más derecha de lo normal (E), ⁴ no está tan curvada como debiera de estar (E)
Referente 3 ⁵ por la lesión (E)	⁶ de que se cayó (E), ⁷ traumática (E)

TABLA 4. Secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad en el Caso 5.

En la Tabla 4 también observamos que la mayoría de los referentes mencionados por la médica, tanto en la primera como en la segunda mención, son explícitos. El referente 1, que corresponde al primer diagnóstico, es el único término inexplicito y se menciona una sola vez.

⁴² A propósito de la progresión temática, Calsamiglia y Tusón afirman que “Así como el mantenimiento de los referentes asegura un grado de continuidad en el contenido del texto, la información temática permite que la información avance. El progreso de la información se basa en un modelo lineal y se manifiesta por el lugar que las unidades informativas ocupan en la oración.

1. Se parte de una información presupuesta y compartida que se activa. Por nueva que parezca la información que se introduce, el punto de partida es algo conocido a partir de lo cual se construye una línea de avance.
2. Se van incorporando elementos nuevos que empujan hacia adelante el contenido textual, sin interrupciones ni demoras que hagan perder la línea del avance discursivo.
3. Se llega a un término, a una conclusión de la línea informativa necesaria para que el texto se configure como tal.” (1999: 230)

La *lordosis* en el referente 2 se define en el Diccionario Médico Teide como la “curvatura hacia dentro de la columna vertebral” y agrega que “en las regiones lumbar y cervical de la columna es normal un cierto grado de lordosis”, de ahí que en los enunciados 3 y 4 reconozcamos la segunda y tercera mención explícita de este referente que además es el segundo diagnóstico. El referente explícito 3 *la lesión* se menciona como la causa del referente 2 y se reafirma, de manera explícita, en los enunciados 6 y 7. De manera general, en estos dos casos del Grupo 1, los diagnósticos se ofrecen predominantemente de forma explícita.

En contraste, los casos del Grupo 2, por el contrario, contienen un gran número de términos y expresiones indeterminadas como veremos en los siguientes ejemplos:

Caso 9

Primera mención	Segundas menciones
Referente 1 ¹ está raro Ø (I)	² está raro Ø (I), ³ un cuadro así típico (I)
Referente 2 ⁴ dos cosas diferentes (I)	⁵ esto de que esté orinando en la noche (I) ⁶ un dolorcito a nivel de la ingle (I)
Referente 3 ⁷ un poquito ancho el...canal a ese nivel (E)	
Referente 4 ⁸ un problema de intestino (I)	
Referente 5 ⁹ está con estreñimiento (E)	
Referente 6 ¹¹ algún tipo de malformación (I)	
Referente 7 ¹² el problema de la fertilidad (E)	¹³ el que no tengan hijos (E)
Referente 8 ¹⁴ algo no me checa (I)	¹⁵ (.) algo está mal ahí (I) ¹⁶ nada grave (I)

TABLA 5. Secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad en el Caso 9.

En el Caso 9 vemos a simple vista, por un lado, que el número de referentes es mayor que en los casos anteriores y, por otro, que la mayor parte de estos referentes son indeterminados. Es especialmente notorio que el enunciado 1, con el cual comienza esta secuencia de primera y segundas menciones, está desprovisto de un referente explícito, y aunque podemos decir, por la desinencia del verbo, que estamos hablando de “este caso” o “este *cuadro* clínico”, según lo

menciona el médico en el enunciado 3, no lo podemos afirmar, por lo tanto es indeterminado al igual que su segunda mención en el enunciado 2. Un cuadro clínico que no es *así típico* es atípico y por consiguiente es “raro” (Diccionario de sinónimos y antónimos Espasa-Calpe) de manera que el enunciado 3 es la tercera mención inexplicita del referente 1. El hecho de que esta serie de referentes inexplicitos esté al inicio de la secuencia del diagnóstico indica la cautela que tiene el médico para nombrar la situación que se le presenta.

El referente 2 en su primera mención, así como en la segunda y tercera mención, es inexplicito. Aquí el médico nombra, a manera de resumen, los síntomas reportados por el paciente. El referente 3, aunque explícito, es un reporte de lo observado por el médico durante el examen físico, es decir, uno de los signos que apunta a determinada enfermedad o padecimiento. El referente inexplicito 4 es el primer esbozo de diagnóstico ofrecido por el médico, *un problema de intestino*, que está asociado con uno de los síntomas mencionados por el paciente y retomado por el médico en el enunciado 9 que es el referente 5. El referente 6, *algún tipo de malformación*, es el segundo diagnóstico y, al igual que el primero, es indeterminado y se menciona solo una vez. Hay un tercer diagnóstico que corresponde al referente 7 donde la primera y la segunda menciones son explícitas. Hay que señalar que *el problema de la fertilidad* es el primer motivo mencionado por el paciente durante la consulta, de modo que este referente ha sido ya plenamente identificado. Finalmente, el médico hace alusión a un referente más en el enunciado 14, *algo que no checa*. La palabra “chechar”, en una de sus acepciones, quiere decir “cotejar” (DRAE) o comparar algo de acuerdo con “una norma, una lista o un catálogo previamente fijados” (DEM); en este caso, cuando algo *no checa*, no empata, no se puede cotejar o se aparta de algún cuadro clínico bien identificado, en otras palabras, es raro, y al igual que el enunciado 1 es, por lo tanto, inexplicito. En la segunda mención del referente 8, el médico reconoce que ese *algo está mal*, pero lo califica en su tercera mención como *nada grave*. No obstante, dada su naturaleza indeterminada, no sabemos con precisión a qué se refiere.

Observamos entonces que de los ocho referentes mencionados en esta secuencia, únicamente el 4, 6 y 7 corresponden a un padecimiento propiamente dicho, sin dejar de advertir que, en este caso, dichos padecimientos son diferentes entre sí y dos de ellos, el 4 y el 6, además de ser indeterminados, se mencionan en una sola ocasión. Los demás referentes tienen que ver o bien con los síntomas o bien con *algo* que se desconoce. Este grado de indeterminación en la secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad del paciente es, según se aclara

enseguida, una estrategia del médico para no adelantar un diagnóstico sin tener los resultados de laboratorio, pues, según sus propias palabras en el enunciado 16, aunque no cree *que va a ser nada grave*, inmediatamente después agrega: *{pero} vamos a estar seguros [no?]*⁴³. Pasemos ahora a la secuencia de primera y segundas menciones en el Caso 20.

Caso 20

Primera mención	Segunda mención
Referente 1 ¹ problema de hepatitis (E)	⁷ un problema de hepatitis (I)
Referente 2 ² antecedentes de problemas de colon (E)	
Referente 3 ³ o de intestino grueso (E)	
Referente 4 ⁴ un cáncer de colon (I)	
Referente 5 ⁵ datos de gastroenteritis (E)	
Referente 6 ⁶ un problema de tipo bacteriano (I)	
Referente 7 ⁸ algo así (I)	
Referente 8 ⁹ algo que te hizo daño (I)	

TABLA 6. Secuencia de primera y segundas menciones de la enfermedad en el Caso 20.

Vemos aquí que, de los ocho referentes mencionados, únicamente el referente 1 tiene una segunda mención, la cual, a diferencia de la primera, es implícita. Este referente es el primer diagnóstico de la secuencia: *problema de hepatitis*, es decir, “la inflamación del hígado producida por una infección vírica” (Diccionario Médico Teide). Los referentes 2 y 3, como se menciona en el enunciado 2, tienen que ver con los antecedentes del paciente; el médico los nombra como evidencia para sustentar el segundo diagnóstico que identificamos como el referente 4 *un cáncer de colon*. El referente 5, al igual que los referentes 2 y 3, es parte de los

⁴³ Consideramos que este enunciado del médico ya no forma parte de la secuencia del diagnóstico y por tal motivo decidimos no incluirlo en los datos; sin embargo, lo citamos aquí por la relevancia que cobra para confirmar nuestras observaciones. Este enunciado sigue al enunciado 16 y juntos forman un mismo turno en la transcripción del Caso 9 (Cf. Aspectos metodológicos, apartado 1.2 El corpus).

antecedentes del paciente, es decir, después de revisar el expediente, el médico sabe que el paciente tuvo problemas de gastroenteritis en el pasado y sugiere que esto puede estar asociado a *un problema de tipo bacteriano* que corresponde al tercer diagnóstico y al referente 6, el cual, según vemos, es indeterminado. El referente 7 *algo así*, el cuarto diagnóstico, también se deriva del antecedente de *gastroenteritis*, solo que su grado de indeterminación es mayor que el del referente 6, pues *algo* “designa lo que no se quiere o no se puede nombrar” (DRAE). El último referente de esta secuencia, el referente 8, y el quinto diagnóstico del caso, *algo que te hizo daño*, también está encabezado por el pronombre *algo*, lo cual le da el carácter de indefinido. En este caso el médico provee cinco diagnósticos diferentes: *problema de hepatitis*, *un cáncer de colon*, *un problema de tipo bacteriano*, *algo así* y *algo que te hizo daño*. Si atendemos a la etiología de estos padecimientos, sin contar desde luego el diagnóstico cuatro *algo así*, observamos que son diferentes entre sí. Por un lado, ya definimos a la hepatitis como la “inflamación del hígado producida (principalmente), por una infección vírica”, que es muy diferente de *un problema de tipo bacteriano*; por otro lado, se denomina cáncer a “cualquier tumor maligno...(que) se forma de la división anormal e incontrolada de las células que después invaden y destruyen los tejidos de alrededor” (Diccionario Médico Teide), en este caso del colon, lo cual no guarda relación con *algo que le hizo daño* al paciente. Esto muestra que al final de la consulta el paciente recibe cinco diagnósticos distintos, pero, como es fácil suponer, no sabe con claridad a qué se debe el fuerte dolor de estómago que tuvo la noche anterior ni el dolor de cabeza que presenta⁴⁴.

A partir del análisis de los datos, principalmente de las secuencias de primera y segundas menciones de la enfermedad del paciente podemos afirmar que en los casos que conforman los Grupos 2 y 3, en el nivel temático-referencial del enunciado del diagnóstico, las expresiones que el médico usa para nombrar aquello que el paciente tiene se caracterizan por un alto grado de indeterminación perfilado tanto por la forma implícita del referente, como por su omisión en el enunciado del diagnóstico.

⁴⁴ Queda claro que aquí no se asegura la progresión temática a la que hemos hecho alusión en la Nota 42. No hay aquí el necesario mantenimiento de los referentes que preserve la continuidad en el contenido del decir del médico.

CONCLUSIONES

Qualitative research questions...start with a word such as “what” or “how” rather than “why”.

John W. Creswell, Qualitative Inquiry & Research Design

Al inicio de nuestro trabajo de investigación nos propusimos caracterizar el enunciado del diagnóstico, es decir, el acto de diagnosticar mediante un análisis pragmático. Para ello seleccionamos, de las cuarenta y nueve consultas grabadas en audio que conforman el cuerpo de datos para esta exploración de la relación médico-paciente, treinta y siete casos que identificamos como eventos comunicativos completos, de los cuales se transcribió la fase de diagnóstico. Posteriormente, fueron aislados y numerados los enunciados del médico referentes al diagnóstico sobre la enfermedad del paciente. Dadas las características del corpus, el análisis se hizo observando tres niveles de organización del discurso oral interactivo: el nivel conversacional, el nivel discursivo evaluativo, y el nivel temático.

En el nivel conversacional mostramos que el enunciado del diagnóstico es la segunda parte condicional, pertinente y esperada de la pregunta implícita del paciente *¿qué tengo?* En este par adyacente prototípico de la consulta médica, nos detuvimos a analizar su formato de preferencia y despreferencia, y encontramos que en los casos que conforman el Grupo 1 (Casos 1 a 6), la respuesta del médico tiene un formato aseverativo del tipo *usted tiene X* o *esto es X*, es decir, que a pesar de que el médico formula el diagnóstico como atributo del paciente, a nivel conversacional, tal respuesta es preferente. No así los casos del Grupo 3 (Casos 9 a 37) en los que la respuesta del médico, según mostró nuestro análisis, está precedida por demoras significativas como pausas de un segundo o más, prefacios como marcadores del discurso (*pues, bueno, este*), atenuadores (*pudiese, pareciera*), vacilaciones o autocorrecciones (*mucha::m*) y explicaciones o justificaciones, todas estas marcas características de las respuestas despreferentes. Encontramos también que hay casos, principalmente los casos del Grupo 2

(Casos 7 y 8), en los que, a diferencia de los anteriores, no hay un enunciado diagnóstico, sino negativas o componentes de declinación que perfilan una no respuesta y que, por lo tanto, también son segundas partes despreferentes.

En el nivel discursivo evaluativo redefinimos las marcas de despreferencia que mencionamos en el nivel de análisis anterior como mecanismos de evaluación y analizamos su función en el intercambio. El carácter global de la evaluación mostró cómo el médico emplea elementos evaluadores para calificar el cuadro clínico y anticipar así la acción de distinguir y nombrar el padecimiento (*está raro*) o bien mitigar la situación y tranquilizar al paciente o a sus familiares (*no creo que va a ser nada grave*). Identificamos, además, dos maneras en las que es manifiesta la evaluación en el enunciado del diagnóstico. Una de ellas es cuando el médico menciona una opinión o sentimiento como algo que le ocurre (*nunca pensé que este tu problema por el lado del hígado*) o menciona a una tercera persona que examina por él (*los cirujanos dijeron que pues que no había nada*). Vimos que los elementos evaluativos tienen también un carácter local que se manifiesta como un conjunto de marcas que acompañan al enunciado descriptivo del diagnóstico. Identificamos que hay una gran cantidad de intensificadores, comparativos, correlativos y explicativos que aunados al uso constante de marcadores del discurso —principalmente enfocadores de la alteridad y metadiscursivos conversacionales— hacen que este enunciado diagnóstico se aparte de la forma sintáctica básica *Usted (paciente) tiene, padece, sufre X*, o bien, *esto es, se llama X*) y se profile una especie de no respuesta.

Mencionamos también que en la respuesta a la pregunta virtual del paciente *¿qué tengo?*, el médico hace referencia a una determinada enfermedad; por tal motivo, en un nivel temático-referencial, analizamos la secuencia de primera y segundas menciones de dicha enfermedad y mostramos que, en primer lugar, hay elementos indefinidos como pronombres, artículos, adjetivos y adverbios que acompañan al referente del diagnóstico, y que hay casos en los que el médico no menciona enfermedad alguna, esto es, omite el referente en el enunciado del diagnóstico. En segundo lugar, dimos cuenta de las secuencias de primera y segundas menciones mostrando que hay casos en los que se mencionan varios padecimientos con sus correspondientes segundas menciones y casos en los que hay diferentes diagnósticos que no guardan relación entre sí y que no tienen segundas menciones, lo cual nos llevó a concluir que en el nivel temático-referencial del enunciado del diagnóstico, en estos casos las expresiones que el médico usa para proveer información diagnóstica se caracterizan por un alto grado de

indeterminación perfilado por la burla constante a la máxima griceana de cantidad de información esperada en un intercambio comunicativo.

En palabras de Maynard y Heritage la consulta médica es “una arena de interacción que tiene lugar de manera natural” (2005: 228), donde hay muchas cosas en juego y donde el médico y el paciente, dado el carácter institucional del evento comunicativo, pueden tener metas divergentes o “agendas” específicas a las que tratarán de apegarse (Linell, 1998: 190). Ciertamente al caracterizar el enunciado del diagnóstico como respuesta despreferente, sistema de declinación que apunta a una no respuesta y como indeterminado, es decir, ambiguo, mostramos que todos estos elementos forman parte de una estrategia global del médico para no proporcionar un diagnóstico (es posible suponer que el médico no cuenta, en estos casos con información suficiente que le permita proporcionar una respuesta clara y de forma aseverativa).

En la medida en que la investigación cualitativa del comportamiento comunicativo humano no se orienta hacia responder preguntas sobre el *porqué* del evento social que examina, la interpretación de los datos que tuvimos a la vista responde a cuestionamientos sobre *cómo* transcurre la fase de diagnóstico en la consulta médica. Desde esta perspectiva es claro que el médico echa mano de diferentes recursos a favor de una respuesta responsablemente no compromisiva de su imagen socio-profesional. Esta estrategia tiene implicaciones importantes pues puede conducir al médico, primero, a hacer uso excesivo de los exámenes de laboratorio y de gabinete, los cuales, como es fácil advertir, no garantizan un diagnóstico acertado y, segundo, a canalizar al paciente con un especialista, lo cual se puede traducir en más tiempo y gastos para el paciente.

Finalmente, es importante mencionar que, a diferencia de otros estudios (Maynard 2004) en los que las enfermedades son serias o el diagnóstico es una mala noticia y se podría esperar cierto grado de vacilación o indeterminación en la diagnosis, en nuestra investigación no hay casos de enfermedades graves o delicadas; queda para futuras investigaciones los casos en los que se tratan padecimientos graves que el médico tiene que comunicar al paciente. De la misma manera sugerimos, para otras investigaciones, un análisis más detallado de la función que cumplen los marcadores conversacionales, particularmente cada uno de los enfocadores de la alteridad que, como mostramos en la Tabla 2, representan un importante número en la fase de diagnóstico, pero también a lo largo de todo el evento comunicativo.

BIBLIOGRAFÍA

- AINSWORTH-VAUGHN, N. (2003), “The discourse of medical encounters”, en D. Schiffrin, D. Tannen, y H. E. Hamilton, eds., *The handbook of discourse analysis*, Oxford, Blackwell, 453-469.
- ARONSSON, K. (1991), “Facework and control in multy-party talk: a paediatric case study”, en I. Marková y K. Foppa, eds., *Asymmetries in Dialogue*, Hemel Hemstead, Harvester Wheatsheaf, 49-74.
- BYRNE, P. S. y LONG, B. E. L. (1976), *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries*, London, H.M.S.O.
- ATKINSON, J. M. y HERITAGE, J. (eds.) (1984), *Structures of Social Action*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BIBER, D. y FINEGAN, E. (1989), “Styles of Stance in English: Lexical and Grammatical Marking of Evidentiality and affect”, en *Text* 9 (1), 93–124.
- BODEN, D. y ZIMMERMAN, D. H. (1991), *Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*, California, University of California.
- CALSAMIGLIA BLANCAFORT, H. y TUSÓN VALLS, A. (1999), *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*, Barcelona, Ariel.
- CHIMOMBO, M. y ROSEBERRY, R. L. (1998), *The Power of Discourse. An Introduction to Discourse Analysis*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

- COLMEX (2014), *Diccionario del Español de México (DEM)*, consultado en <http://dem.colmex.mx>
- COUPLAND, J., ROBINSON, J. D. y COUPLAND, N. (1994), "Frame negotiation in doctor-elderly patient consultations", en *Discourse & Society*, 5(1), 89-124.
- COUPLAND, N. y COUPLAND, J. (2000), "Relational frames and pronominal address/reference: The discourse of geriatric medical triads", en S. Sarangi y M. Coulthard, eds., *Discourse and Social Life*, England, Pearson Education, 207-229.
- CRESWELL, J. W. (2007), *Qualitative Inquiry & Research Design. Choosing among five different approaches*, Thousand Oaks, SAGE Publications.
- DREW, P. y HERITAGE, J. (eds.) (1992), *Talk at work: Interaction in Institutional Settings (Studies in Interaction Sociolinguistics 8)*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DREW, P. y SORJONEN, M-L. (1997), "Institutional dialogue", en T. A. Van Dijk, ed., *Discourse as Social Interaction. Discourse Studies: A multidisciplinary Introduction*, vol. 2, London, Sage, 92-118.
- ENGEL, G. y MORGAN, W. (1973), *Interviewing the Patient*, Great Britain, W.B. Saunders Company Ltd.
- FISHER, S. y TODD, A. D. (eds.) (1983), *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, Washington, D.C., Center for Applied Linguistics.
- GRICE, H. P. (1991) "Logic and conversation", en *Studies in the Way of Words*, H. P. Grice, Cambridge, Harvard University Press.

- GUTIÉRREZ ESTUPIÑÁN, R. y SANKEY GARCÍA, M.R. (2008), “La ‘misión’ de Natalia: El yo autobiográfico en escena”, en R. Gutiérrez Estupiñán y M. R. Sankey García, coords., *El discurso autobiográfico: de la interacción a la literatura*, México, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades "Alfonso Vélaz Pliego", BUAP, 21-58
- HALLIDAY, M.A. K. (1994), *An Introduction to Functional Grammar*, London, Edward Arnold.
- HAMEL, R. E. (1982), “Constitución y análisis de la interacción verbal”, en *Estudios de lingüística aplicada*, México, CELE, UNAM, Año 1, n° 2, 31-80
- HAVE, P. ten (1989), “The consultation as a genre”, recuperado de <http://www.paultenhave.nl/paul.htm>
- _____ (1995), “Disposal negotiations in general practice consultations”, en A. Firth, ed., *The Discourse of Negotiation. Studies of Language in the Workplace*, Oxford, Elsevier Science Ltd., 319-344
- _____ (2006) “On the interactive constitution of medical encounters”, en *Revue Française de Linguistique Appliquée*, 2006/2 Vol. XI, p. 85-98
- HEATH, C. (1990), “The expression of pain and suffering in the medical consultation. Aspects of an interactional organization”, en *Réseaux*, 8(2), 93-117.
- HUNSTON, S. y THOMPSON, G. (1999), “Evaluation: An introduction”, en S. Hunston, Y G. Thompson, eds., *Evaluation in text. Authorial Stance and the Construction of Discourse*, Oxford, Oxford University Press.
- JAFFE, A. (ed.) (2009), *Stance: Sociolinguistic Perspectives*, Oxford, Oxford University Press.

JINICH, H. (1998), *El paciente y su médico*, México, UNAM.

KATZ, A. M. y MISHLER E. G. (2003), “Close encounters: exemplars of process-oriented qualitative research in health care”, en *Qualitative Research*, 3 (1), 35-56

LABOV, W. (1972), *Language in the Inner City. Studies in the Black English Vernacular*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

LABOV, W. y WALETSKY, J. (1967), “Narrative analysis: Oral versions of personal experience”, en *Journal of Narrative and Life History*, 7(1-4), 3-38

LEVINSON, S. (1989) *Pragmática*, Barcelona, Teide.

LINELL, P. (1998) *Approaching Dialogue: talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*, Amsterdam, John Benjamins Publishing.

LUPTON, Deborah (1995) *Medicine as culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London, SAGE Publications.

MARTIN, J. R. (1999), “Beyond Exchange: APPRAISAL Systems in English”, en S. Hunston y G. Thompson, eds., *Evaluation in Text: Authorial Stance and the Construction of Discourse*, Oxford, Oxford University Press, 142-175.

MARTÍN ZORRAQUINO, M. A. (1998), “Aspectos de la gramática y de la pragmática de las partículas de modalidad en español”, en Actas del IX Congreso Internacional de ASELE, Santiago de Compostela, Instituto de Idiomas, Universidad de Santiago de Compostela, 25-56

MARTÍN ZORRAQUINO, M. A. y PORTOLÉS LÁZARO, J. (1999), “Los marcadores del discurso”, en I. Bosque Muñoz y V. Demonte Barreto, dirs., *Gramática descriptiva de la lengua española*, Madrid, Espasa-Calpe

- MAYNARD, D. W. (1991), "Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse", en *American Journal of Sociology*, 97 (2), 448-495
- _____ (2004), "On predicating a diagnosis as an attribute of a person", en *Discourse Studies*, 6 (1), 53-76.
- MAYNARD, D. W. y Heritage, J. (2005), "Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication", en *Medical Education*, 39(4), 428-435
- MONTES, R. *Análisis Conversacional*. Cuadernos de trabajo del Centro de Ciencias del Lenguaje (13), México, Instituto de Ciencias UAP.
- PERÄKYLÄ, A. (1998), "Authority and Accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care", en *Social Psychology Quarterly* 61(4), 301-320.
- POMERANTZ, A. y RINTEL, E. S. (2004), "Practices for reporting and responding to test results during medical consultations: enacting the roles of paternalism and independent expertise", en *Discourse Studies*, 6(1), 9-26
- RAE (2001), *Diccionario de la lengua española*, consultado en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
- RAE (2005), *Diccionario panhispánico de dudas*, consultado en <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/dpd>
- RIESSMAN, C. K. (2008), *Narrative Methods for the Human Sciences*, CA, USA, Sage.
- RUIZ LARA, R. (trd.) (2002), *Diccionario médico Teide*, Barcelona, Teide.

- SACKS, H., SCHEGLOFF, E. A. y JEFFERSON, G. (1974), "A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation", en *Language*, 50(4), 696-735.
- SANKEY GARCÍA, M. R. y GUTIÉRREZ ESTUPIÑÁN, R. (2006), *El texto narrativo intersubjetivo*, México, BUAP.
- SARANGI, S. y ROBERTS, C. (eds.) (1999), *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, Berlin, Mouton de Gruyter.
- SCHIFFRIN, D. (1987), *Discourse Markers*, Cambridge, Cambridge University Press.
- _____ (1994), *Approaches to Discourse*, Cambridge, Blackwell Publishers Inc.
- SHAKESPEARE, P. (1998), *Aspects of Confused Speech. A Study of Verbal Interaction Between Confused and Normal Speakers*, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- SILVERMAN, D. (1987) *Communication and medical practice: Social Relations in the Clinic*, London, Sage
- STUBBS, M. (1996), *Text and corpus analysis: Computer-assisted studies of language and culture*, Oxford, Blackwell.
- TANNEN, D. y WALLAT, C. (1993), "Interactive frames and knowledge schemas in interaction: Examples from a medical examination/interview", En D. Tannen, ed., *Framing in Discourse*, Oxford, Oxford University Press.
- TENA TAMAYO, C. y HERNÁNDEZ OROZCO, F. (2007), *La comunicación humana en la relación médico-paciente*, México, Prado.
- VAN DIJK, T. A. (1980), *Macrostructures. An Interdisciplinary Study of Global Structures in Discourse, Interaction and Cognition*, Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum.

WODAK, R. (1997), "Critical discourse analysis and the study of doctor-patient interaction" en B-L. Gunnarsson, P. Linell y B. Nordberg, eds., *The construction of professional discourse*, New York, Longman.

YOUNG, Katharine (1999) "Narratives of Indeterminacy: Breaking the Medical Body into Its Discourses; Breaking the Discursive Body out of Postmodernism", en D. Herman, ed., *Narratologies*, Columbus, Ohio State University.