

Medicina y comunicación, una herramienta fundamental para la interrelación médico-paciente

Medicine and communication, a basic tool for the physician-patient interaction

Lic. María del Carmen Castañeda Hernández

Universidad Autónoma de Baja California, México.

RESUMEN

La calidad de la atención médica tiene como tema central la comunicación humana; pero si esta comunicación es deficiente, la posibilidad de conflictos se incrementa. Se ha demostrado que en la mayoría de los casos los problemas no se relacionan con un mal desempeño técnico profesional, sino con una falla en el proceso comunicacional entre médico y paciente. El presente trabajo propone un análisis de la comunicación entre paciente y médico desde un punto de vista lingüístico. Se parte de la idea de que dicha comunicación tiene características propias que deben ser tomadas en cuenta en las estrategias discursivas y comunicativas que el médico desarrolla para alcanzar una comunicación exitosa.

Palabras clave: comunicación, estrategias discursivas, práctica social, actos de habla.

ABSTRACT

The quality of medical care has human communication as a central theme, but if this communication is poor, the possibility of conflict will increase. It has been shown that in the majority of cases the problems are not due to a bad professional technical performance, but to a failure in the communication process between doctor and patient. The present work proposes an analysis of communication between patient and doctor from a linguistic point of view, based on the idea that such communication has its own characteristics that should be taken into account in the discursive and communicative strategies that the doctor develops to achieve successful communication.

Key words: communication, discourse strategies, social practice, speech acts.

*Los doctores son hombres que prescriben medicinas
que conocen poco, curan enfermedades que conocen
menos, en seres de humanos de los que no saben nada.*

VOLTAIRE

INTRODUCCIÓN

La medicina se ha considerado, tradicionalmente, como el modelo de profesión dominante, situada en el ámbito de la salud. A medida que esta ha ido evolucionando y haciéndose más compleja, las competencias del médico han ido aumentando y complicándose progresivamente.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis cualitativo de la comunicación entre paciente y médico desde un punto de vista lingüístico, partiendo de la idea de que dicha comunicación tiene características propias que deben ser tomadas en cuenta en las estrategias discursivas y comunicativas que el médico desarrolla para alcanzar una comunicación exitosa.

Para el análisis se presenta un modelo de comunicación, dentro del cual los procesos de codificación y decodificación, destinados a alcanzar un alto grado de interacción, son decisivos para realizar un tratamiento exitoso y se parte de la propuesta de una comunicación que se desarrolla no solo como intercambio lingüístico, sino también como un proceso integral, en donde todos los componentes humanos —cuerpo, expresión, entorno, palabra— contribuyen definitivamente en la articulación discursiva.

¿Qué tan importante es la comunicación en la práctica médica? ¿Por qué podemos considerar que la comunicación es imprescindible para la recuperación física y mental? Una cosa es "saber comunicarse" y otra es "saber de comunicación"; así como una cosa es "estar sano" y otra es "saber de medicina".

A lo largo de la historia de la humanidad se puede constatar la lucha del ser humano por sobrevivir a desastres naturales, accidentes, percances e infortunios, pero sobre todo a la enfermedad. El surgimiento de la medicina está indisolublemente unido a la evolución de las relaciones humanas.

Enfrentar el problema de la comunicación humana requiere, en primer lugar, concebirla como una práctica social que se produce en contextos culturales específicos y, en segundo lugar, entender la cultura, de acuerdo con *Ernst Cassirer*,¹ como una compleja articulación de redes a través de construcciones simbólicas como el lenguaje, el arte, el mito, la magia y la ciencia.

Geertz, en su obra *La interpretación de las culturas*, considera que "el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido", y que "la cultura es esa urdimbre", por lo cual "el análisis de la cultura ha de ser [...] no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones".²

Para *Geertz* la cultura indica un esquema, transmitido históricamente, de significaciones representadas en símbolos; un sistema de nociones heredadas y expresadas en formas simbólicas por medio de los cuales los hombres comunican,

reproducen, conservan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida.

Si partimos de esta premisa, si suponemos que el lenguaje no se limita a la clásica concepción representacional del mundo, sino que se constituye en inventor de realidades, es posible crear situaciones por medio del diálogo terapéutico para construir espacios alternativos para entender cómo el paciente crea su mundo de significados y lo expresa. Desde allí, es donde el médico puede estrechar el vínculo, captar la atención del paciente y provocar modificaciones en las atribuciones de significado sobre la situación de este.

Desde nuestras perspectivas individuales, nos hemos dado cuenta de que muchas veces las expectativas que tenemos, sea como médico o como paciente, no se llevan a efecto en la consulta clínica, ya que el problema va más allá del diagnóstico terapéutico. Nuestra impresión es que la formación del médico tiene una carencia en el tema «comunicación». Tradicionalmente las escuelas de Medicina le han dado poca importancia a la competencia comunicacional, que —desde nuestro punto de vista— es fundamental para que se lleve a efecto la sanación.

Esas tramas de significación, esa urdimbre que es la cultura, es un esquema de significaciones representadas en símbolos, un sistema de nociones heredadas y expresadas en formas simbólicas, por medio de las cuales los seres humanos se comunican, reproducen, conservan y desarrollan su conocimiento y sus actitudes frente a la vida.

Con el paso del tiempo, el ser humano ha ido perfeccionando cada vez más los recursos y la tecnología, y ha contado con una amplia red de información y medios de comunicación cada vez más complejos. Sin embargo, muchas veces nos olvidamos de la comunicación y del lenguaje como el poder más grande que tenemos para discernir el entorno y darle sentido.

LA ENFERMEDAD Y LA COMUNICACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE

Es preciso entender la enfermedad como un acontecimiento biológico que obtiene significado preciso a través de la cultura, ya que tanto la sociedad como la ciencia lo definen, lo evalúan y lo simbolizan. Tienen como resultado una construcción social en la que, a partir de las características específicas de cada enfermedad, los individuos la interpretan y modelan sus comportamientos como pacientes de esta o en relación con el enfermo.

Cada lengua posee determinadas formas para expresar conceptos, apropiarse de la realidad y comunicarse con los demás. Estas formas de expresión se vuelven más específicas según el interlocutor y el registro; es decir, las variedades lingüísticas dependen del momento y el contexto comunicativo y pueden ser *diatópicas* o geográficas (basadas en la ubicación territorial del hablante), *diafásicas* o estilísticas (responden a situaciones comunicativas a las que se enfrenta el hablante), y *diastráticas* o sociales (obedecen a la diversidad social de los hablantes).³ De manera que cada ciencia y cada circunstancia científico-comunicativa presentan formas particulares para relacionarse con sus interlocutores y para la comunicación escrita.

La ciencia médica no es una excepción. Al estar en constante desarrollo y evolución, nombrar nuevas técnicas, nuevos tratamientos, nuevas enfermedades y nuevos términos es fundamental; por lo tanto, es preciso ampliar el campo del discurso médico para designar su actividad tomando en consideración que es uno de los lenguajes más especializados que requiere de un adecuado incremento de vocabulario para lograr una comunicación fluida.

La evolución sufrida por el lenguaje médico es reflejo de la experiencia histórica de los pueblos y de su desarrollo cultural. Los cambios semánticos ortográficos, las metáforas, la sinonimia, la paronimia y las variantes lingüísticas expresan esta diversidad.

*Felipe Mellizo*⁴ asevera que el nombrar las partes del cuerpo en latín permite comprender que no es sólo anatomía lo que se manifiesta, sino que se está explicando también la historia de la cultura.

De acuerdo con estudios recientes⁵ que se han efectuado en el mundo hispanoparlante, el perfil de competencia del médico debe tener como elementos fundamentales: el conocimiento técnico de la profesión, las habilidades para desarrollarlo y la capacidad de interacción interpersonal, es decir, la actitud frente a los pacientes.

Para proveer una asistencia fructífera y productiva, el médico debe realizar tres tareas fundamentales: la entrevista con el paciente y el establecimiento del diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico; el uso adecuado de los recursos disponibles y la más importante, la generación de confianza.

Por lo tanto, se debe considerar que al utilizar la lengua como medio de transmisión social, médico y paciente juegan determinados roles en la consulta, tomando en cuenta que la interacción no se refiere al paciente y a su psicología, sino más bien a las relaciones sintácticas que se realizan cuando dos o más personas están en presencia física la una de la otra. Sin embargo, estos roles son dinámicos y van cambiando de acuerdo con la situación del hablante.

Si suponemos que el lenguaje no se limita a la clásica concepción representacional del mundo, sino que se constituye en inventor de realidades, es posible crear situaciones por medio del diálogo terapéutico para construir espacios alternativos para entender cómo el paciente crea su mundo de significados y lo expresa. Desde allí, es donde el médico puede estrechar el vínculo, captar la atención del paciente y provocar modificaciones en las atribuciones de significado sobre la situación de este.

En un contexto sociocultural supeditado a la "posmodernidad",⁶ se han producido cambios en el paradigma científico que sustenta la base de conocimiento profesional y en el concepto de legitimidad-autoridad que crea una creciente incertidumbre, lo que —de acuerdo con *Karl Popper*— hace que la ciencia descansa sobre arenas movedizas.⁷ Por consiguiente, el ejercicio de la profesión se enfrenta, actualmente, con dos dificultades importantes: la movilidad del contexto y la comunicación adecuada con el paciente.

La comunicación entre médico y paciente es un tema ampliamente estudiado que presenta diversos enfoques que se desarrollan en la consulta clínica, pero estos estudios se han realizado principalmente en el ámbito anglosajón. Es necesario analizar el discurso en español para saber cómo se lleva a efecto la interacción médico-paciente en individuos de habla hispana.

De acuerdo con la sociolingüística y el análisis del discurso, la exposición médica presenta ciertas deficiencias de estrategias que impactan no solo en la falta de comunicación entre el médico y el paciente, sino en el bienestar físico de este. Es decir, como propone *Rita Charon* y otros⁸ en un estudio de 1994, que el componente psicosocial debe tomarse en cuenta para lograr, por parte del médico, un buen diagnóstico y una buena interacción, y por parte del paciente, aumentar la posibilidad de sanación. Esto implica que el discurso en la consulta se da en relación con otros discursos ya presentes en el contexto sincrónica y diacrónicamente, ya que la relación entre sociedad y discurso se manifiesta en la constante transformación de los diversos eventos lingüísticos.

De forma que podemos considerar que al utilizar la lengua como medio de interacción social, médico y paciente juegan determinados roles en la consulta clínica, tomando en cuenta que la interacción no se refiere al paciente y su psicología, sino más bien a las relaciones sintácticas que, de acuerdo con *Erving Goffman*,⁹ se realizan cuando dos o más personas están en presencia física la una de la otra. Sin embargo, estos roles son dinámicos y van cambiando de acuerdo con la situación del hablante.

Como encuentro entre dos personas, la relación médico-paciente implica una comunicación que se establece, en un principio, para posibilitar la fase diagnóstica y terapéutica, pero que idealmente debe promover procesos de interrelación en los participantes, por lo que es importante identificar las funciones discursivas y las conductas lingüísticas que están presentes en el discurso médico para que esta comunicación vaya más allá de un intercambio de información y se convierta en una relación recíproca y productiva.

La información por sí misma no es suficiente para explicar lo que le está sucediendo al paciente, pues el tono, el modo y el lenguaje —tanto del médico como del paciente— serán imprescindibles para llevar a la práctica la comunicación. Toda interacción comunicativa conlleva una constante valoración de la intención verbal del hablante hacia el oyente para evaluar el efecto de lo que se está diciendo. *Penelope Brown* y *Stephen Levinson*,¹⁰ siguiendo la teoría de la imagen desarrollada por *Goffman*, instituyen un conjunto de estrategias de cortesía positiva cuya intención es preservar las formas socialmente aceptadas de manifestación de nuestras emociones. De aquí podemos deducir que para lograr la cortesía lingüística y la confianza del paciente es necesario que el médico se dirija a su interlocutor con términos apropiados, tacto y empatía, o el *involvement*, como lo llama la nomenclatura inglesa. Pero para lograr esto hay que tener en cuenta que se debe dar importancia tanto a la imagen del emisor como a la del receptor, como propone *Nieves Hernández Flores*: "la imagen del hablante se ve afectada de la misma manera que la del destinatario, pues si bien la cortesía trata de satisfacer los deseos de imagen del otro, al mismo tiempo está satisfaciendo los propios".¹¹

De acuerdo con *Janney* y *Arndt*,¹² las manifestaciones de afectividad se producen conscientemente y pueden utilizarse en muchas circunstancias sociales para influir sobre la percepción del otro y sobre la interpretación de un evento conversacional, de modo que el tacto que debe tener un profesional de la salud debe ser usado con sentido estratégico para poder influir en la conducta del interlocutor y modificarla con el fin de lograr no solo el tratamiento de los síntomas, sino una posibilidad de mejoría. De forma que en una consulta clínica se debe cumplir con cuatro categorías lingüísticas para lograr una interacción participativa por parte del paciente:

1. *Cantidad*: ser preciso, breve y claro con la información.

2. *Calidad*: no decir nada sobre lo que no se tenga evidencia, evitar la ambigüedad.
3. *Relación*: hablar únicamente de lo que es pertinente al caso en cuestión.
4. *Modo*: ser amable y cordial al proporcionar el diagnóstico.

*Marisa Cordella*¹³ identifica tres funciones o voces fundamentales en el discurso médico durante la consulta clínica: la voz médica, la voz educadora y la voz empática. Cada una de estas formas de expresión se refiere a una determinada voz lingüística que tiene diferentes habilidades comunicativas y que se relaciona con una función particular.

La voz médica tiene como función explorar información importante sobre la salud del paciente para realizar el diagnóstico; la voz educadora enuncia el diagnóstico obtenido en términos científicos y el tratamiento médico a seguir por el paciente de modo breve y claro, y la voz empática expresa su capacidad de identificación afectiva hacia el paciente, le ayuda a formular sus opiniones y sentimientos y proporciona la información que se requiere. Comprender la experiencia subjetiva del paciente es algo que el médico, se supone, está capacitado a hacer; pero en muchas ocasiones, sea por falta de tiempo, por cansancio o por alguna otra razón, esto no se lleva a la práctica.

La calidad del estímulo verbal debe reforzarse con otros no verbales como la expresión facial, la postura, el tono de voz, las interjecciones y otras manifestaciones orales que un médico empático produce para que el paciente comprenda lo que se le está informando. Esto ha hecho que en algunos casos la empatía se considere como una forma de percepción extrasensorial que va más allá del proceso cognitivo clínico y que hace que el médico esté alerta a las diferentes respuestas emocionales del paciente.

Diagnosticar y entender el estado psicológico del paciente es solo un aspecto de la empatía. Otro atributo importante es que el médico debe sintonizarse con el estado afectivo momentáneo del paciente, lo que puede ayudar a la calidad terapéutica. La empatía no es, por lo tanto, un sentimiento, sino una actitud que brota del esfuerzo por tratar de entender la posición del paciente durante la relación asistencial, como afirma *Borrell*.¹⁴ Es en esta voz empática en donde se pueden identificar los marcadores lingüísticos de las estrategias de cortesía positiva y negativa que el médico utiliza en la construcción del texto discursivo.

En español estos marcadores pueden ser de diferentes tipos: verbales, adverbiales y adjetivales, aplicados como estrategias discursivas, tales como la utilización del modo subjuntivo en lugar del imperativo para matizar un consejo o petición, el uso del pretérito imperfecto como modo de cortesía, el uso de adverbios y adjetivos de modo, así como las relaciones sociales de solidaridad y poder que resultan de las formas de tratamiento durante la interacción hablante (médico) y el interlocutor (paciente).

Existen muchos estudios acerca de la extensión del uso del *tú* en la sociedad hispanoparlante como un fenómeno actual. Según *Brown y Gilman*,¹⁵ la mayoría de los investigadores lo atribuyen a la explicación del cambio de *semántica* de uso mayoritario en la comunidad lingüística. *María Cristobalina Moreno*¹⁶ propone que en el español actual existen diversos usos del pronombre *tú* como forma de tratamiento: el *tú* recíproco, que se utiliza entre personas cercanas —familiares o amigos— y el *tú* no recíproco, el que se utiliza con personas a las que se consideran "inferiores" en jerarquía social, y que —en respuesta— se dirigirán al interlocutor con el pronombre de respeto *usted*. Cuando el uso de *usted* es recíproco los

interlocutores se consideran iguales en la escala social. Es decir, que la función de empatía se realiza básicamente por el contacto por solidaridad hacia el paciente a través del uso del *tú* de cortesía positiva; aunque indiscutiblemente superpuesto por la situación de poder del médico entrevistador, que mantiene la jerarquía social por este uso del *tú* no recíproco, que contrasta con la estrategia de cortesía negativa de la voz educativa a través del uso formal de *usted*, que implica el reconocimiento de la identidad del paciente como individuo.

Otro aspecto trascendental para la consulta médica es la comunicación fática, como *Coupland*¹⁷ y *Valero Garcés*¹⁸ han demostrado en sus investigaciones. Esta comunicación fática o "lengua de contacto", como se prefiere llamar en la pragmática española, es lo que se conoce en inglés como *smalltalk* y se da en situaciones de atención al público. En el ámbito de la consulta médica el uso de los enlaces coloquiales (entonces, pues, en consecuencia, etc.) y de los estimulantes conversacionales (vamos a ver, fíjate, mira, etc.) facilita el desarrollo interpersonal y tiene la función de establecer la confianza entre médico y paciente.

La aplicación de estas estrategias discursivas son actos de habla que pueden y deben ser atenuados por el uso de modalizadores discursivos para lograr, por medio de la persuasión, una mejor práctica discursiva que impacte en la mayor recuperación del paciente al provocar una reacción favorable. *Ducrot* y *Schaffer* denominan modalizadores a las marcas de la modalidad, las que —de acuerdo con el significado que conllevan— pueden ser objeto de distintas clasificaciones. Las modalidades del discurso muestran, por lo tanto, a través de los modalizadores, la subjetividad en el lenguaje.¹⁹

El médico puede utilizar estrategias de atenuación de cortesía negativa utilizando las formas directas de segunda persona, como el uso del *tú*, y sus correlativos o el uso del nombre de pila, lo que establece un nexo de confianza y de cortesía positiva que refuerza la imagen positiva del interlocutor.

Un aspecto de la comunicación que ciertamente influye en la relación entre médico y paciente lo constituyen los actos de habla, como se mencionó anteriormente, que se utilizan en determinados contextos según las normas de la lengua. Si a pesar de hablar el mismo idioma, médico y paciente no comparten las mismas normas o no registran que esas diferencias existen, se pueden producir malos entendidos en la interpretación de lo que se ha dicho y de lo que se ha hecho durante la consulta, de modo que la fuerza expresiva de los actos de habla, como forma de compensación del componente evaluativo en la intención comunicativa del hablante, debe ser efectiva.

El filósofo del lenguaje, *John Austin*,²⁰ fue el primero en presentar la idea del acto de habla²⁰ (*speechact*) como una unidad funcional en la comunicación, de manera que cuando alguien dice o enuncia algo, lo dicho puede tener dos significados: el significado literal, o locutivo, y el significado ilocutivo, es decir el efecto que el hablante desea tener sobre el oyente.

Los actos de habla son únicamente uno de los numerosos factores lingüísticos que pueden afectar a la comunicación; que para efectuarse dependen de una serie de reglas y características que deben ser compartidas, tanto por el interlocutor como por el destinatario, ya que durante una conversación, y sobre todo durante la consulta, es imprescindible que las dos partes puedan interpretar el contenido de la misma forma para minimizar el riesgo de una mala comunicación. Algunas variables lingüísticas que intervienen en la comunicación, y por lo tanto en los actos de habla, son: el tono de voz, las expresiones faciales y el lenguaje corporal.

Si médico y paciente no comparten las mismas normas o no registran que esas diferencias existen, se pueden producir malos entendidos en la interpretación de lo que se ha dicho y se ha hecho durante la consulta, de modo que la fuerza expresiva de los actos de habla en la intención comunicativa del hablante debe ser efectiva.

Para lograr la función pragmática de la intención comunicativa de la entrevista clínica es importante considerar una técnica que se propone en la "Terapia Breve"²¹ de Palo Alto, California, la cual —si bien consiste en una técnica específica— es también un modelo de lenguaje terapéutico que engloba desde las intervenciones verbales hasta las reglas de comportamiento.

Uno de los puntos principales de la "Terapia Breve" es la propuesta de que se observan cambios benéficos en el paciente cuando el médico aprende a hablar su lenguaje, tanto el verbal como el corporal; es decir, comprender lo que los pacientes dicen, el modo en que lo dicen y lo que quieren decir.

Si bien esta propuesta consiste en una técnica específica, es también un modelo de lenguaje terapéutico que engloba desde las intervenciones verbales hasta las reglas de comportamiento, de modo que se observan cambios benéficos en el paciente cuando el médico aprende a hablar su lenguaje, tanto el verbal como el corporal, es decir: el médico comprende lo que los pacientes dicen, el modo cómo lo dicen y lo que quieren decir.

Los investigadores de Palo Alto proponen que las relaciones humanas, cuando alcanzan un cierto desarrollo y estabilidad, definen roles y se constituyen en sistemas conductuales, en los que cada rol y posición refuerza y retroalimenta los roles y las posiciones de los demás integrantes en el sistema; o sea, tienden a constituir unidades equilibradas.

El enfoque de esta terapia se caracteriza por centrarse en la comunicación por medio de la retroalimentación, mejor conocida como *feedback*. El paciente no es simplemente emisor y receptor de información sino que, asimismo, establece un circuito que impacta e influye tanto en él como emisor como en él como receptor, y viceversa.

Si tomamos en cuenta que el concepto de *feedback* es el núcleo central de las ciencias de la comunicación, entonces la retroalimentación es la esencia de la interacción; de la misma forma que el primer principio de la pragmática de la comunicación humana manifiesta que es imposible no comunicarse. En la interacción médico-paciente la conducta del emisor delimita la respuesta del interlocutor y esta es la que regula la conducta del emisor, y así sucesivamente.

La primera justificación para incorporar un concepto como retroalimentación en el estudio de las relaciones interpersonales la encontramos en el momento de pretender asimilarlas a un sistema; en este caso, un sistema abierto en el cual la reacción del receptor tiene a su vez consecuencias en la conducta del emisor.

De manera que podemos definir la retroalimentación como el conjunto de reacciones o respuestas que emite un receptor respecto a la actuación del emisor, lo que es tenido en cuenta por este para cambiar o modificar su mensaje. Los fisiólogos llaman *homeostasis* (regulación automática) a la retroalimentación.

Por lo tanto, *homeostasis* es el término que se aplica al conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la permanencia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo. El concepto fue elaborado por el fisiólogo estadounidense *Walter Bradford Cannon* (1871-1945). Este término trasciende a la Biología, pasando a formar parte del vocabulario científico de diversas disciplinas, expandiendo con esto su campo de aplicación e interpretación, para referirse a la característica de cualquier sistema, ya sea abierto o cerrado, que le permite regular el ambiente interno para mantener una condición estable. La estabilidad es posibilitada por diferentes mecanismos de autorregulación y diversos ajustes dinámicos.

Es así como consideramos que la homeostasis debe ser uno de los principios fundamentales de la comunicación, ya que un fallo en la interacción puede ocasionar poca o nula comunicación. De aquí que podamos referirnos a que la relación médico-paciente debe cumplir una función homeostática en su acepción generalizada de anclaje, de paliación, de equilibrio; y esto se logra mediante la coparticipación de los participantes. Así pues, por un lado podemos definir la entrevista clínica como una transformación, tanto en su desarrollo estructural como en lo que se refiere a sus ramificaciones; y por otro, la podemos asimilar a un sistema homeostático dotado de cierta estabilidad y capacidad autorreguladora.

CONCLUSIONES

La comunicación entre médico y paciente presenta diversos enfoques que se desarrollan en la consulta clínica. Como campo de acción clínica esta interacción debe ser una relación dinámica, un proceso interpersonal e intersubjetivo y establecerse dentro de un contexto de transferencia-contratransferencia. De modo que, tanto médico como paciente, aunque estén en contacto por primera vez, tienen ya un acervo previo de conocimientos, actitudes y nociones sociales, lingüísticas y culturales que los llevan, por una parte, a inferir datos del contexto, y por otra, a hacer una interpretación de estos. Si suponemos que el lenguaje no se limita a la clásica concepción representacional del mundo, sino que se constituye en inventor de realidades, es posible crear situaciones por medio del diálogo terapéutico para construir espacios alternativos para entender cómo el paciente crea su mundo de significados y lo expresa. Desde allí, es donde el médico puede estrechar el vínculo, captar la atención del paciente y provocar modificaciones en las atribuciones de significado sobre la situación de este.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cassirer E. Filosofía de las formas simbólicas. México: FCE; 1979.
2. Geertz C. La interpretación de las culturas. Barcelona: Gedisa; 1997. p. 20.
3. Acevedo de Bomba E. «Cuidárase de los cuencanos... Actos de habla, variantes atópicas y distráticas en la formación de docentes en ELE». En: Léxico e interculturalidad. Nuevas perspectivas. Instituto de Investigaciones Lingüísticas y Literarias Hispanoamericanas. Tucumán [Internet]. 2009 [citado 18 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.insil.com.ar/.../up.../Lexico-e-Interculturalidad.pdf>

4. Mellizo F. Literatura y enfermedad. Barcelona: Plaza & Janés; 1979.
5. General Medical Council. Tomorrow's Doctors. London: GMC; 2002.
6. Lipovetsky G. La Era del vacío. Barcelona: Ed. Anagrama; 2010.
7. Popper K. Conjectures and refutations. London: Routledge; 2002.
8. Charon R, Greene MG, Adelman RD: Multidimensional interaction analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. Soc Sci Med. 1994;39:955-65.
9. Goffman E. Interaction Ritual. Essays on Face to Face Behavior. Nueva York: Doubleday Anchor; 1967.
10. Brown P, Stephen Levinson. Politeness. Some universals of language use. Cambridge: Cambridge University Press; 1987.
11. Hernández Flores N. Pragmática sociocultural: estudios sobre el discurso de cortesía en español. En: Estudios de la (des) cortesía en español. Estocolmo: Edice; 2005:95.
12. Janney R, Horst A. Universality and relativity in cross-cultural politeness research: A historical perspective. Multiling- J Cross-Cult Interlang Communic. 2009;12(1):13-50.
13. Cordella M. La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional [Internet]. 2002 [citado 23 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.onomazein.net/7/interaccion.pdf>
14. Borrell F. Compromiso con el sufrimiento, empatía y dispatía [Internet]. 2003 [citado 11 de septiembre de 2012]. Disponible en: [http://www.ocw.ub.edu/medicina/ medicina.../Compromiso-con-el-sufrimiento-03](http://www.ocw.ub.edu/medicina/medicina.../Compromiso-con-el-sufrimiento-03)
15. Brown R, Gilman A. The pronouns of power and solidarity. En: Sebeok TA (ed.). Style in language. Boston: MIT Press; 1960: 253-76.
16. Moreno MC. El uso del pronombre *tú* en la España contemporánea: ¿Extensión de un nuevo uso o continuación de una tendencia iniciada en el Siglo de Oro? [Internet]. 2003 [citado 23 de octubre de 2012]. Disponible en: http://www.cvc.cervantes.es/lengua/coloquio_paris/ponencias /.../cvc_moreno.pdf
17. Coupland J. Small Talk. London: Longman; 2000.
18. Valero Garcés C. La conversación de contacto en contextos institucionales: la consulta médica. En: Placencia ME, García C (eds.). Análisis del discurso oral. Monográfico de Oralía; 2008:11.
19. Ducrot O, Schaeffer JM. Nuevo Diccionario Enciclopédico de las Ciencias del Lenguaje. Madrid: Arrecife; 1998.

20. Austin JL. Cómo hacer cosas con palabras: Palabras y acciones. Barcelona: Paidós; 1982.

21. Jay H. Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.

Recibido: 8 de febrero de 2013.

Aprobado: 5 de abril de 2013.

Lic. *María del Carmen Castañeda Hernández*. Universidad Autónoma de Baja California, México. Correo electrónico: castaneda.carmen.mc@gmail.com