



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright © 2007
ISSN 1887-4606
Vol. 1(2) 247-269
www.dissoc.org

Artículo

Discurso y (des)cortesía

Discourse and (im)politeness

Gladys Cepeda

Universidad Austral de Chile

Resumen

La cortesía verbal es una estrategia discursiva que facilita la negociación interactiva en el logro de la meta pragmático-comunicativa de los interactantes por medio del refuerzo de los lazos de afiliación y solidaridad. En oposición, la descortesía involucra el uso de estrategias que refuerzan la distancia de las diferencias jerárquicas o de poder entre los interactantes con el propósito de imponerse por sobre el interlocutor.

El análisis de un corpus de entrevistas clínico-terapéuticas hechas a mujeres en situación de violencia intrafamiliar en Valdivia, Chile, muestra evidencia del uso de estrategias de cortesía positiva y negativa (Brown y Levinson, 1987) y de los aspectos semióticos de la realización lingüística de ellas (Haverkate, 1990) a través de un sistema de polifonía pragmático-discursiva (las voces médica, educativa y empática de la profesional de la salud y las voces informativas, de acuerdo y empática de la paciente), el sistema de toma de turnos y el control del contenido temático textual dentro del género de entrevista, y los marcadores pragmlingüísticos de las formas de tratamiento, modo y modalidad (actos de habla, moralizadores verbales, adverbiales, y adjetivos) del texto discursivo y sus funciones.

Los resultados de este análisis crítico discursivo indican tendencias de uso que permiten relacionar las categorías pragmlingüísticas de atenuación (Briz, 1998, 2005) e intensificación (Albeada Marco, 2005; Kaul, 2005). La atenuación se asocia con las estrategias de cortesía negativa y la intensificación con las estrategias de cortesía positiva, en su aspecto de negociación por solidaridad y afiliación, y con las estrategias de descortesía en su aspecto de negociación por autonomía exacerbada o por coerción.

Palabras clave: análisis crítico del discurso, estrategias de cortesía verbal, la entrevista clínico-terapéutica, voces del discurso.

Abstract

Verbal politeness involves the use of a set of discourse strategies speakers use to negotiate a communicative goal by strengthening their social relations of group affiliation and solidarity. Impoliteness, on the other hand involves the use of strategies that intensify the social power gap between the interactants in order to impose the speaker's ego and point of view on the listener.

The analysis of a corpus obtained from therapeutic interviews of women in a situation of domestic family violence shows evidence that supports the use of positive and negative politeness strategies (Brown and Levinson, 1987) and the semiotic aspects of the linguistic manifestations of politeness (Haverkate, 1990) that include the pragmatic use of a discourse polyphonic system (the health professional's medical, educational and empathic voices and the patient's informative, agreement and empathic voices), a turn-taking system and control of the topic content of the message in the interview genre, and the forms of address, mood and modality pragmlinguistic markers (speech acts, verbal, adverbial and adjective modals) of the text and their discourse functions.

The results of the analysis indicate that these tendencies of use correlate with the pragmlinguistic categories of mellowing and intensification: mellowing is associated with the use of negative politeness strategies, intensification with positive politeness strategies, and impoliteness strategies that overemphasize the speaker's ego and point of view.

Keywords: critical discourse analysis, verbal politeness strategies, the therapeutic interview, the voices of discourse.

Introducción

El discurso es el uso lingüístico en contexto que permite entender las prácticas de la vida social en que la palabra forma parte (Calsamiglia y Tusón, 1999: 16). El análisis crítico del discurso permite descubrir la orientación argumentativa de los enunciados y la ideología subyacente de los textos (Fairclough y Wodak, 1997; van Dijk, 1993). La teoría de la enunciación (Bajtin, 1982; Beaugrande, 1995; Ducrot 1986) postula al discurso como centro de referencia interno de la subjetividad de los actantes en el texto, la que se expresa, entre otros, a través de marcas en el lenguaje tales como la polifonía, la modalización, el registro, la visión de mundo de los interactantes. Teniendo en consideración estas perspectivas teóricas, el presente trabajo se centra en las estrategias de cortesía y descortesía presentes en la interacción de un corpus de entrevistas clínico-terapéuticas a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.

Para el logro de la interacción comunicativa, los interactantes adoptan una polifonía de voces que aportan diferentes perspectivas (Cordella, 2001). El éxito comunicativo funcional de las voces depende de la selección de las formas lingüísticas que haga el hablante para la construcción de su texto, en concordancia con la relación establecida con el interlocutor y su contexto histórico social, así como con su intención comunicativa. La función comunicativa de producir un efecto en el interlocutor involucra una constante evaluación de la interacción verbal a fin de mantener las relaciones del hablante en la comunicación cara a cara. Para lograr su intención comunicativa de convencimiento, el hablante busca, por un lado, suavizar su imposición, salvaguardando la imagen negativa del interlocutor y, por otro lado, mantener la autoestima del interlocutor, salvaguardando así su imagen positiva de ser aceptado por los demás (Goffman, 2001). La atenuación tiene como propósito relativizar juicios u opiniones a fin de facilitar la negociación interactiva por medio de la distensión. Los recursos incluyen formas suavizadoras de la fuerza ilocutiva (Briz 2005: 56). La intensificación, al igual que la atenuación, es una categoría pragmático-discursiva que refuerza la verdad de lo expresado, realzando algunos elementos del enunciado e implicando una valorización para hacer valer la intención de habla (Albelda Marco, 2005: 94). Intensificar la modalidad a nivel ilocutivo es una manera de evaluar, valorar lo dicho a modo de refuerzo del compromiso del hablante en la comunicación; intensificar a nivel argumentativo involucra el refuerzo mediante ideas u opiniones, insistiendo sobre un punto o propiciando distintas perspectivas de ellas. Intensificar en el nivel de las relaciones sociales implica reforzar, por medio

de la cortesía valorizante, la imagen del interlocutor (*el alter*), fortaleciendo los lazos sociales por medio de estrategias de afiliación, o la imagen propia del yo (*el ego*), fortaleciendo la autoafirmación por medio de estrategias de autonomía dentro del grupo de afiliación (Albelda Marco, 2005: 95-96).

La cortesía

La cortesía es un conjunto de estrategias que emplean los hablantes para mantener el equilibrio personal en la interacción (Iglesias, 2001: 261).

Desde un punto de vista semiótico, Haverkate (1990) postula tres planos de la cortesía verbal, según sea la realización lingüística de las estrategias de cortesía: simbólico, indicial e icónico. La cortesía simbólica está basada en el carácter simbólico-convencional de las lenguas, donde las expresiones lingüísticas se manifiestan en actos de habla indirectos de fuerza ilocutiva explícita e implícita, símbolos léxico-sintácticos de función implícita expresados a través del plano de la estructura sintáctica y del plano de la selección léxica. La cortesía indicial está basada en estrategias deícticas a través de índices de focalización que resaltan el papel de la persona referida y de índices de desfocalización que atenúan la importancia de la persona referida. La cortesía icónica se manifiesta a través de signos icónicos en el plano de las estructuras sintácticas y el plano de la selección léxica.

Brown y Levinson (1987) postulan que existen estrategias de cortesía que pueden apelar a la imagen positiva del interlocutor a fin de establecer lazos de solidaridad, o a la imagen negativa del interlocutor, para lo cual el hablante atenúa la imposición de su intención comunicativa. Los principios que subyacen a la relación interpersonal de la persona con los demás son válidos para el hablante y el interlocutor; en ambos existe (1) un deseo de no sufrir imposiciones de los demás, de conservar la *imagen negativa* del actante, para lo cual aplica estrategias de *cortesía negativa*, y (2) un deseo de ser aceptado por los demás, de conservar la *imagen positiva*, para lo cual el actante aplica estrategias de *cortesía positiva*. Las estrategias de cortesía tienen un efecto reparador, atenuante de la imposición, por lo que ayudan al éxito de la función comunicativa. La selección de las estrategias de cortesía positiva o negativa depende de tres factores: (1) las relaciones de poder jerárquico entre los hablantes; (2) las relaciones de distancia /cercanía o familiaridad entre los hablantes; y (3) el rango de gravedad de la imposición sobre el interlocutor. Los marcadores de cortesía/descortesía se observan en el sistema de toma de turnos, el uso de los marcadores discursivos, las formas de tratamiento, el uso de los actos de habla, factores léxico-sintácticos y fonético-prosódicos.

Las estrategias de cortesía y el análisis del discurso

A continuación se presentan los resultados de dos análisis críticos discursivos (Cepeda, 2005 y Cepeda, 2006) realizados sobre la base de un corpus de 17 entrevistas clínico-terapéuticas de 20 a 30 minutos de duración, realizadas por profesionales de la salud en Centros Psicosociales de Valdivia, Chile, a mujeres pacientes de 21 a 60 años en situación de violencia intrafamiliar, derivadas para su tratamiento por parte de jueces y médicos.

1. Semiótica y cortesía

En el análisis semiótico de textos lingüísticos del corpus en estudio sobre los momentos más informativos que aludían a la identidad y contexto de violencia de las entrevistadas mostró los siguientes resultados relativos a las estrategias de cortesía según los planos de realización lingüística de ellos (Cepeda, 2005).

1.1. Cortesía simbólica

A nivel de cortesía simbólica, es la profesional de la salud, en su rol de entrevistadora, quien controla la toma de turnos y el contenido temático de los mismos a través de tres funciones discursivas: la voz médica, para elicitación de la información necesaria para obtener un diagnóstico psico-terapéutico de la paciente entrevistada (cf. extracto 1); la voz educativa, para explicar a la paciente el diagnóstico a que ha llegado y cómo llevarlo a cabo; y la voz empática, para apoyar las otras dos voces a fin de lograr la participación activa por parte de la paciente del proceso de información y de aplicación del tratamiento a seguir que se le requiere (cf. extractos 7, 8, y 9).

La paciente, por su parte, coopera con la situación de entrevista en turnos de larga duración en que responde a la voz médico-empática de la profesional a través de su voz informativa: para informar, narrar, argumentar (cf. extractos 1 y 14) y en turnos de corta duración en que responde a la voz educativo-empática a través de su voz de acuerdo: para aceptar, asentir, argumentar con respecto a las proposiciones de tratamiento que le sugiere la profesional (cf. extracto 1.1 y 15).

Extracto 1. Mujer de 50 años.

Voz médica de la profesional.
Voz informativa de la paciente

Profesional: Y la violencia... ¿siguió aumentando?

Paciente: Después sí, cuando me casé, sí. La primera noche, digamos, de casado(s), también fue por celo(s). Pero una(s) cachetá(das) en la cara... Pero **yo** nunca dije nada.

[...] Después de tantos años de golpes, de todo, *yo decidí*: ‘Bueno, *lo hago, voy*’. Y si me pega, me pega, entonces... Claro... entonces **yo fui**, hablé con el abogado. [...] Pero cuando a él le llegó la notificación a la casa, se sublevó; ¡fue terrible! Así que antes que llegue el comparendo, me tuve que ir de la casa, donde mi hermana. Estuve como un mes más o menos. Pero fue, claro, fue como un infierno. Igual no me dejaba tranquila, iba todos los días, me robaba el niño, que tenía en esos años como ocho o siete años parece, el menor, y...

Extracto 1.1. Voz educativa de la profesional
Voz de acuerdo de la paciente

Profesional: [...] También eso igual **te** angustia. **Tú** estás pasando una depresión ahora, y también es *importante*. “O sea, estás sola en la casa...”

Paciente: [Suspira].

Profesional: ...más encima, en tu trabajo no estás a gusto. Entonce(s), por ahora, aguantar, pero también tratar de tirar tus papeles para otros lados, buscar otras oportunidades...

1.2. *Cortesía indicial*

A nivel de cortesía indicial, la profesional de la salud focaliza la identidad de la paciente a través del uso de *tú* y sus correlativos morfológicos (“También eso igual **te** angustia. **Tú** estás pasando una depresión ahora, y también es *importante*. “O sea, estás sola en la casa...””) y la valorización por solidaridad con la paciente, afiliándose a ella al enfatizar y reiterar la situación de desmedro de la misma, al mismo tiempo que atenúa la situación de contexto de violencia por respeto a la intimidad de la paciente y de calmar su ansiedad ante algo que la angustia (“El puede con sus palabras bonitas...con todo eso puede, **de repente** querer presionar a que **tú tomes** una decisión y la decisión que él quiere que tomes.”; **A lo mejor**, de primer, cuando te trataba mal y **tú** lo insultabas, era algo **como** leve. **A lo mejor**, **no** era **tanto** y después quedaban de buenas...”)₂ (cf. extractos 1.1, 8 y 9). La paciente, sintiéndose apoyada por estos marcadores de solidaridad de la voz empática de la profesional, muestra asertividad

informativa y argumentativa que sustenta su visión de mundo de paciente violentada que necesita apoyo extrafamiliar, la que expresa a través de mecanismos deícticos de focalización: uso pronominal de *yo* y sus *correlativos morfológicos* (“**Yo** no le digo...”; “...para **mi fue un desastre...**”), (cf. extractos 1, 2 y 3).

Extracto 2. Mujer de 26 años

Voz médico-empática

Voz informativa de la paciente

Profesional: ¿De qué forma **te** pegaba él?

Paciente: Eh... patadas, puños... Eh... me empujaba, me botaba en la cama, intentaba ahorcarme... y... mi niño estaba viendo todo eso. [...] Y yo aguanté tres años eso...

Profesional: [...] ¿Y por qué después **te** vino la valentía de defenderte?

Paciente: Porque **me** daba rabia de que él, él me pegara y después pidiera disculpas, que nunca más. Y las cosas se volvían a repetir... Que él todo el tiempo era así. Nunca cambió. [...] Entonce(s) después queda como, ¡pucha!, **yo** era **mi...**, después fue ya... ‘Bueno sí, me pegue, si él me pega y **yo me** quedo quieta, él me va a pegar igual. O sea si **yo** trato de defender**me** me va a pegar igual. Y quizá(s), *puede* que *vea* que donde **yo me** enfrento a él ya no lo haga’, decía **yo...** Y después, ya eran golpes cruzados; **yo** daba, él daba y así. Pero, siempre tocaba más. O sea, era una cosa que uno nunca le va a ganar al hombre...

Profesional: Y ese día, **tu** hermana llamó a los carabineros.

1.3. Cortesía icónica

A nivel de cortesía icónica, la profesional, a través de su voz médico-empática, atenúa la fuerza ilocutiva de sus actos de habla a través de invitaciones con preguntas indirectas, el uso del pretérito imperfecto, el uso de la reiteración y el uso de desenfatizadores (“¿Pero **tus papás** bebían? ¿**Tomaban** mucho?”; “¿*te acuerdas más o menos cuándo empezaste a beber?*”, (cf. extracto 4). A través de su voz educativo-empática la profesional atenúa la fuerza ilocutiva de sus actos de habla a través de la inclusión de verbos modales desiderativos (*querer*), de posibilidad (*poder*), de predicción (*ir a*), de obligación (*tener que*), como en “...no tienes por qué sentir vergüenza, *tienes que* sentirte súper importante y valiente.” (c f. extractos 6 y 8).

En concordancia con la intención informativo-narrativa de la paciente, el modo verbal de uso más frecuente es el indicativo, cuya función es expresar

hechos (informar) y experiencias (narrar) (cf. extracto 1, 3 y 5). Existe, además, el uso minoritario de actos directivos en modo imperativo, en citas directas (“¡vecino, ayúdeme por favor!”) y como marcadores discursivos de función interactiva usados como vocativos (“mira, le dije yo, si llega tu papi...”), (cf. extracto 16). Para la expresión de subjetividad de la intención argumentativa se observa el uso contrastivo del modo subjuntivo, para hechos deseables, posibles o necesarios (“Y quizá(s), *puede* que *vea* que donde **yo me** enfrento a él ya no lo haga...”), (cf. extractos 2 y 3).

Extracto 3. Mujer de 40 años
Voz informativa de la paciente

Paciente: ... **yo**, en realidad, quiero mucho a **mi** esposo. Aunque sea los errores que haya cometido, **yo** lo quiero mucho y lo que más quiero es salvar **mi** matrimonio.

[...] Le digo sinceramente [...] **he** sufrido mucho, **he** llorado mucho. Le digo sinceramente que, para mí, ha sido un dolor muy grande. Es una herida muy grande que tengo en el corazón. [...] Quería que **mi** esposo ¿ya? No sé, nos *hiciéramos* cariño, que fuera más distinta la relación, pero, para mí, fue un desastre.

[...] **Yo** no le digo de que él siempre ande pendiente de mí, que **me** reconozca que compramo(s) esto, que siempre... ¡eso nunca! Pero de vez en cuando es favorable para uno que **la** tomen en cuenta. [...] Que ejemplo, **mi** dinero **mío** no vale para él; porque **yo** no ayudo en la casa; él es el único que da la mantención pa' la casa, que compra cosas, que hace esto y esto otro.

2. Imagen y cortesía

El análisis de las 17 entrevistas clínicas del corpus en cuanto al uso de las estrategias de cortesía según el modelo de Brown y Levinson (1987) mostró los siguientes resultados (Cepeda 2006).

2.1. Estrategias de cortesía positiva

La profesional de la salud hace uso de estrategias de cortesía positiva que involucran la selección de signos pragmalingüísticos que permiten el reconocimiento de la paciente interlocutora. La cortesía positiva se expresa por medio de: (1) la intensificación de la relevancia de la información que la paciente comunica (actos de habla); (2) los sentimientos de solidaridad que la profesional desea establecer (formas de tratamiento); (3) las opiniones y

capacidades relevantes (verbos modales) que se observan en el texto de su voz empática - la voz de cortesía. La intensificación a través del uso de los actos de habla de la profesional se extrapola desde el uso significativamente más frecuente de actos de habla de estar de acuerdo con la paciente, afirmar, confirmar, repetir información, expresar su sentir u opinión al apoyar la voz médica de solicitar información a la paciente, como lo evidencian los siguientes extractos 4, 5 y 7 a continuación.

Extracto 4. Actos de habla de solicitar información

Voz médico-empática de la profesional

4.1. Profesional: ¿Pero **tus papás bebían**? ¿**Tomaban** mucho?

4.2. Profesional: Y cuando quiso matarte, eso fue... ¿Estaba con trago o sana?

Extracto 5. Actos de habla de afirmar, confirmar, repetir información

Voz médico-empática de la profesional

Voz informativa de la paciente

Paciente: Entonces pensaban que podía ser algo mental como ansiedad, una cosa así. Me mandaron al psicólogo a ver esa parte. De esa parte, me dijo la psicóloga que no me... y daba de alta. Pero pedí hablar con ella y ella...

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

Además del uso frecuente de los actos de habla de afirmar, confirmar, repetir información, el acercamiento por solidaridad empática de la profesional hacia la paciente se observó a través de formas de tratamiento referencial de la paciente. En la voz médico-empática predomina el uso de la segunda personal singular y sus correlatos morfológicos verbales: (*tú*) +V-s (cf. extractos 2, 4 y 7). En la voz educativo- empática, en cambio, es más frecuente el uso significativo de sintagmas nominales con el determinate de segunda persona singular informal: *tu* N, *tuyo*, y *en menor grado*, de la formal *usted* + V y del nombre de la paciente (cf. extractos 6 y 7).

Extracto 6. Actos de habla de informar.

Voz educativo-empática de la profesional

Paciente: ...entonces yo quiero que evalúes **Irene**, qué es lo que quieres hacer. Nosotros aquí te vamos a apoyar en todo lo que tú quieras; si necesitas informes en tribunales, si necesitas algún otro antecedente. Porque acá estás corriendo riesgo **igual**.

La modalidad empática de intención de cortesía positiva de la profesional es también expresada por el uso de verbos modales. En la voz médico-empática y educativo- empática existe mayor frecuencia del verbo *querer* con la acepción de ‘voluntad’ (cf. extractos 6 y 8); en la voz educativo-empática, se observa, además, una frecuencia significativa mayor de los verbos *poder* como ‘capacidad’ y de *creer* como ‘predicción’ (cf. extracto 8).

Extracto 7. Actos de habla de expresar sentir, opinar, felicitar.

Voz médico-empática de la profesional

Voz informativa de la paciente

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

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

Profesional: Estaba con sus dramas también.

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

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

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

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

2.2. Las estrategias de cortesía negativa

Las estrategias de cortesía negativa involucran la selección de signos pragmalingüísticos que atenúan la imposición y protegen la independencia de la interlocutora. Con esta intención atenuadora, la profesional usa frecuencias significativas de: (1) el modo subjuntivo en actos de habla indirectos en la voz educativo- empática (cf. extractos 6 y 8); (2) el tiempo verbal de pretérito imperfecto en la voz médico-empática y educativo-empática (cf. extractos 4 y 7); (3) verbos modales: *poder* como ‘posibilidad’ en la voz médico-empática y educativo-empática), *creer*, *pensar* como ‘predicción’ en la voz médico-empática (cf. extracto 8 y 13); (4) adverbiales disjuntos y subjuntos desenfanzadores y disjuntos de punto de vista en la voz educativo- empática y médico-empática (cf. extractos 8, 9 y 13).

Extracto 8. Verbos modales y subjuntivo.

Voz educativo-empática de la profesional

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

Extracto 9. Disjuntos y subjuntos desenfanzadores

Voz educativo-empática de la profesional

Profesional: La violencia es así... [...] es tan dinámico. Que **de repente** el agresor pasa a ser víctima y la víctima pasa a ser agresor. Es una cosa que se va... eh... va cada vez aumentando, va en forma escalada. **A lo mejor**, de primer, cuando te trataba mal y tú lo insultabas, era algo como leve. **A lo mejor**, **no** era **tanto** y después quedaban de buenas, se arreglaban **como** rápido. **A lo mejor** era así. Y ahora no...

La descortesía

Además de los usos neutros, objetivos, en que no se observa una estrategia de cortesía, como con el uso del modo indicativo en los tiempos presente o pretérito indefinido, el corpus de la voz educativa de la profesional y de la voz informativa de la paciente presenta evidencia de usos que Held (1989) denomina maximización – maximización de las amenazas a la imagen y maximización de la cortesía positiva – que Albeada Marco (2005:96) identifica como cortesía valorizante y que Placencia (2001), entre otros, denomina no corteses o descorteses; cuando existe la necesidad de la intención comunicativa de expresar actos amenazadores de la imagen de la paciente interlocutora (información crítica de desacreditación, órdenes, consejos impositivos) para el logro perlocutivo de la función comunicativa de la voz educativa de la profesional o para expresar actos amenazadores de terceras personas en la narración experiencial de la voz informativa de la paciente.

La atenuación y la intensificación son categorías pragmático-discursivas manifestadas a través de elementos lingüísticos que pueden emplearse para un fin social (Briz, 1998) y cuyo ámbito de actuación y sus efectos se dan en el discurso, ya sea en el contenido y texto lingüístico del mensaje, el contexto situacional y sus participantes, entre otras variables. La

(des)cortesía – en cambio – es un fenómeno con valores y efectos en el nivel social, externo, de la lengua; afecta las relaciones entre los interactantes en la comunicación. Es un actitud social, un modo de comportarse que con frecuencia está dirigido hacia fines estratégicos (Albelda Marco 2005: 94), como se ha evidenciado en los análisis de Cepeda 2005 y 2006 presentados en las páginas anteriores.

Según la finalidad hacia la que se oriente, la intensificación puede operar en los actos ilocutivos, los argumentos o las relaciones sociales (Albelda Marco (2005: 96): (1) la intensificación a nivel ilocutivo se realiza en el ámbito de la modalidad y se refiere a una maximización del grado de compromiso – o intensidad obligatoria – del hablante con lo dicho (Meyer-Hermann 1988), mediante el uso de moralizadores; (2) la intensificación argumentativa involucra el refuerzo intensificador de ideas u opiniones, insistiendo en algo u ofreciendo distintas perspectivas de ellas; (3) la intensificación social de la imagen propia o del interlocutor refuerza la identidad a través de formas que refuerzan la solidaridad por afiliación entre los interactantes (a través de estrategias de cortesía positiva) o que intensifican la autonomía del yo o del oyente (a través de estrategias de cortesía negativa); la exacerbación de esta última, por intención comunicativa amenazadora intensa de la imagen del oyente y de preservar la imagen del yo por sobre el oyente, se expresa por medio de estrategias de descortesía.

La descortesía puede involucrar diferentes funciones estratégicas en la interacción, tales como la coerción, la resistencia, la oposición, el encubrimiento, la legitimación (Chilton y Schäffner 200: 304-306, citado en Bolívar 2005: 280), es decir, con propósitos de refuerzo u oposición al cambio. La descortesía, como refuerzo intimidatorio, es un estrategia para el logro de una obediencia ciega, sin cuestionamiento, para lo cual la mejor forma de lograrlo es destruyendo la individualidad y autoestima del interlocutor (Culpepper, citado en Bolívar 2005: 293).

Semiótica y descortesía

1. Nivel simbólico

En el plano semiótico simbólico, la descortesía se manifiesta en actos de habla con fuerza ilocutiva explícita. El hablante hace valer volitivamente su propia visión del mundo o sus requerimientos de imagen en detrimento del oyente (Kaul 2005:299). La profesional de la salud expresa su rol social de poder jerárquico y de autonomía por sobre la paciente especialmente a través de la voz educativa, de intención comisiva de convencimiento de la

paciente para que cumpla con el tratamiento sugerido (cf. extractos 8 y 15). La paciente, por su parte, al controlar parcialmente el contenido temático en la intención argumentativo-narrativa de sus turnos, acusa la autonomía de que goza sus pareja, la violencia verbal y física con que impone su rol social de poder masculino o económico, así como reconoce su propia violencia al convertirse en agresora del castigador (cf. extracto 10).

Extracto 10. Mujer de 40 años
Voz informativa de la paciente

Paciente: [...] ¿Se acuerda que la última vez yo estaba... pero incluso traté de matarme una vez?..”

[...] ...que ahora sí yo siento que estoy segura de mi “Cote”, que **mi** marido no **me** ayude a hacer nada, porque yo valgo más que él...[...]Llega mi hermana ‘Hola Gabriel, ¿enoja(d)o usted?’ ¿Sabe?, pero ¡nada!, no le dice ¡nada, nada! ¡Es cobarde!

Y el otro día igual, doctora. Me dijo: ‘me tenís cansa(d)o ya con tus palabras de tan mal que me trata(s) y que te voy a dar una zumba’, me dijo. Y ahí ya le había advertí(d)o que una más(s) [...] Llega él ‘¡yegua!, ¡perra!’’, ¡Qué no **me** dice! Y que **yo** ¡no tenía una cuestión de esas de baño! D’esa(s) como salen ahora estas llaves, con un fierro largo que juega. Sí po. **Yo** dije: ‘¡Perdóname Dios!’’, le dije: ‘que **me** tiene cansá(da) este hombre’. Subo, doctora, ¡le dí una!, una vez con este fierro. ¡Que me cansó! ¡Nada! ¿Usted cree que **me** levantó la mano?’ ¿Qué te pasa, te volviste loca?’ ‘Sí, po, ¡loca me volví! ¿No me tenís loca tú? Me decís que estoy loca’. Nada, doctora. ¿Usted cree que **me** levantó la mano?’”

[...]...y, y duele que el marí[d]o a uno no la mire; eso me dolía montón, pero ya no. Me dolía que mi marí[d]o no me haga cariño. Entonces no po, es así po; es descariña[d]o. Tendrá que ser así; lo conocí así po. Eso me angustiaba, que no me necesitara. Me dolía doctora, porque era, sabía que si yo me acostaba con él, él se daba vuelta pa’llá. Me dolía porque era como una necesidad que él me dé, me hablara. Pero hoy yo lo asumo. El es así, él es así y yo soy así; entonces tengo que asumirlo como es.

En esta paciente hay un descubrimiento de su valor y capacidad como persona en relación al marido. Ambos son iguales, con igualdad de derechos. Puede enfrentar y castigar a su marido física y psicológicamente. El reconoce la nueva asertividad de la paciente y limita su agresividad. Ella puede asumir que su marido es incapaz de expresar cariño y que su propia angustia por necesidad de cariño la puede sobrepasar a través del cariño de

otros. No obstante, la violencia verbal y física ahora es mutua. En coincidencia con lo que afirma Kaul (2005: 299), el hablante descortés responde a un estado de desequilibrio; para el protagonista de agresividad en las relaciones sociales, el amor es casi un castigo o un engaño; su despecho lo lleva a manifestar reproche, crítica, burla, queja, advertencia, confesión o expresiones de fuertes emociones negativas hacia la pareja que lo/la traiciona y/o abandona.

Como lo muestran los extractos 11, 12, 14 y 16, en concordancia con lo aseverado por Lakoff (1990), este discurso femenino evidencia la expresión simbólica de carencia de poder: de expresar acuerdo, de ser indirecto y no confrontacional en la interacción con el marido, respetando y sobrellevando el peso de no sobrepasar la imagen negativa del cónyuge, mientras este paulatinamente destruye la imagen positiva de la mujer, cuya mejor estrategia es el silencio.

Extracto 11. Mujer de 40 años

Voz informativa de la paciente *versus*
su voz de silencio interactivo en su rol de esposa.
Voz médico-empática de la profesional

Paciente: ...yo le conté un sueño. Le dije yo que había soñado con él, que él me decía que me amaba, que me quería. Y yo me levanté tan, ¡tan contenta!, le juro que yo lo estoy diciendo con tanta verdad, que me levanté tan contenta. Y me desperté y dije yo, porque le digo 'Chinito', yo le dije 'yo me soñé este sueño, y fíjate que me decías tú que me querías y me hacías cariño, ¡me hacías tan feliz!', le dije yo tan realiza(da). Eh, llegó, me quedó mirando, me dijo así, le digo textualmente lo que me dijo. Me dijo, me dijo '¿estai(s) afiebra(da) o qué?', me dijo, '¿o te está fallando la mente?', me dijo, 'para que cada día estés más mala de la cabeza' [...].

Profesional: ¿Lucía, qué va pasar con usted con estos deseos, con este sueño, con estas ganas de sentirse valorada? Parece que está renunciando a eso.

Paciente: (Llora)... Me cansé de luchar... me decía [a mí misma]... que su manera de ser, ha sido malo y todo. Eso es lo único que me atormenta a mí como mamá, como esposa, porque yo lo quiero tanto.

Como lo sustenta Holmes (1996), el rol de esposa, de madre, que se impone la paciente establece una dimensión de solidaridad hacia el marido, quien la quiebra a través de una dimensión de distancia social que establece para sí mismo, basada en la situación del poder emocional que ejerce sobre

su esposa (cf. extractos 11 y 12) y que verbaliza, según la narración, a través de la descortesía de epítetos que ofenden la imagen de la esposa/paciente interlocutora.

Extracto 12. Mujer de 40 años
Voz informativa de la paciente

Paciente: [...] ‘¡Ya!’ me dice, ‘¡si tú no estai(s) normal de la cabeza!’, me dice. Entonce(s), a mí eso me ofende, en realidad. Y le digo, sinceramente, a mí me, yo, me duele mucho [...] Yo... anteriormente [de] venir acá, yo le digo, era bien, como le dijera, alegadora [...], vivíamos peleando por eso, pero ahora como que tengo calma. [...] Yo trato de estar lo más tranquila posible.

2. Nivel indicial

A nivel indicial, surge la duda sobre el uso generalizado de la segunda personal singular informal (*tú*) y del nombre de pila de la paciente (cf. extractos 6 y 13) en las voces médico-empática y educativo-empática de la profesional. De acuerdo a evidencia en el contexto de atención hospitalaria, los usuarios declaran sentirse ofendidos, discriminados socialmente, por este tuteo y preferirían el uso de formas de respeto como *usted* o *señor(a)* + el nombre (Placencia 2001 y 2001a). Ejemplos coercivos de la voz educativa de la profesional expresados en actos de habla directivos de criticar, ordenar se observan en los extractos 13 y 15.

Extracto 13. Disjuntos (enfanzadores, de punto de vista),
adjetivos intensificadores, verbos modales
Voz educativa de la profesional

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

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

La paciente, aunque respeta la cortesía desde su rol del *otro*, de menor poder que le impone el contexto de entrevista, también hace ejercicio de su turno de habla para la expresión de sus necesidades y su expresión valorativa de la conducta de su cónyuge o conviviente, a quien le asigna actos amenazadores, intenciones comunicativas y expresiones textuales de descortesía (cf. extractos 10, 11, 12, 14, 15 y 16), las que incluye en citas textuales (“¡...yegua!, ¡perra!”; “¡...vieja tal por cual!”; “¡...mierda!”; “**Me** dijo, **me** dijo ‘¿estai(s) afiebra(da) o qué?’”; “‘¡Ya!’ me dice, ‘¡si tú no estai(s) normal de la cabeza!’”) de secuencias discursivas de actos de habla de narrar y argumentar en la interacción con su pareja u otros miembros de su entorno familiar, (Cepeda, 2005a).

Extracto 14. Mujer de 20 años

Voz médica de la profesional

Voz informativa de la paciente

Profesional: ¿Cómo has tratado lo de la violencia? ¿Ha ido en aumento, ha sido igual?

Paciente: Eh... **Mire**, cuando estábamos ahí en la casa de sus papás, **me** pegaba. Y **mis** suegros a veces sabían igual, pero no hacían nada. O sea, le decían ‘No hagas eso, hijo’. **Mi** suegra le decía así po. **Mi** suegra se ponía [a] alegrar y él la hacía callar: ‘¡Cállese vieja tal por cual!’, porque así es.

Profesional: [...] ¿Qué has pensado hacer tú? Eh... ¿Has pensado más en tu futuro, en el sentido de...? Supongamos que lleguemos a tribunales, lo primero que **te** van a plantear allá también es si acaso se dan una oportunidad o no. ¿Qué piensas **tú**?

Paciente: Es que **yo** eso quiero, que lo ayuden, porque igual no, no **me** vería tampoco sin él, Porque igual es como un respaldo po. Yo, **yo** sé que talvez no hay tanto amor como antes, pero...

3. Nivel icónico

Los marcadores de modo y modalidad observados en el nivel icónico de la profesional son los de modo imperativo, los verbos modales de connotación de ‘obligación’ con *tener que*, *hay que* y *deber* en la voz educativa, los disjuntos enfatizadores y de punto de vista en la voz educativa, los subjuntivos enfatizadores, intensificadores, de foco restrictivo y aditivo de las voces médica y educativa, así como el uso de adjetivos valorativos, descriptivos e intensificadores, de la voz educativa (cf. extractos 15), (Cepeda, 2005a). Es decir, formas de intensificación de la

importancia del contenido de lo dicho o de coerción impositiva para la participación perlocutiva por parte de la paciente interlocutora.

Extracto 15. Voz educativo-empática de la profesional
Voz de acuerdo de la paciente

Profesional: Bueno, hay hartas cosas que **tú** has contado ahora aquí y hay otras cosas que también contaste la vez pasada. Por eso **te digo** que es *importante* que **tú** *hagas* eso de poner en una balanza, o sea en una hoja escribir, realmente por qué quieres que vuelva.

Paciente: Ya.

Profesional: Si realmente es tan *necesario* que él esté **contigo**. **Tú** eres una mujer trabajadora, una mujer que se ha sacado la mugre, ha salido adelante. El *no* es una persona de la que tú dependas económicamente.

Paciente : Sí, eso me he ‘da’o’ cuenta.

Extracto 16. Mujer de 28 años
Voz informativa de la paciente
Voz médico-empática de la profesional

Profesional: ¿**Tú** lo querías?

Paciente: **Yo** lo quería

Profesional: ¿Tenías esperanza de que pudiera cambiar?

Paciente: Tenía esperanza exactamente. Tenía la paciencia de que él podía cambiar. Y él me había golpea(d)o, me había deja(d)o marcá(da) otras veces pero **nunca** como ahora y eso no lo voy a perdonar, porque ¡ mire como me dejó!

[...] aguantando, aguantando, yo dije, ‘bueno, me haré la muda, la sorda y la ciega, así él sigue con mujeres’. Y después, dije **yo**, ‘total por **mis** hijos, lo voy a hacer’ [...] **Yo** quiero buscar una solución. Le dije **yo** ‘¿Cómo es posible? Tú **me** tienes mal’, le dije **yo**, ‘**me** tienes enferma de los nervios. Andar en el consultorio pasando vergüenzas, infecciones aquí, infecciones allá. ¿Cómo no te vas a dar cuenta que **me** haces un daño tremendo?’, le dije ‘¡un daño grande!’ – le dije – ‘¡están sufriendo tus hijos!’

Profesional: [...] ¿Y ahí fue cuando **te** golpeó?

Paciente: Sí. **Me** dijo ‘¡me tienes cabreá(d)o con tus llantos, mierda!’ **Me** empezó a pegar... [...] Yo gritaba ‘¡vecino, ayúdeme por favor!’ [...] Creí que **me** iba a matar. Y estaba perdiendo...

Profesional: ¿Y no pasó nada más cuando **tú** volviste?

Paciente: [...] **me** dijo ‘¡bonito el condoro que te mandaste anoche!’, **me** dijo; eso fue lo que **me** dijo.

Profesional: ¿**Te** pidió perdón?

Paciente: No pidió perdón, nada. Si eso [es] lo que hacía, siempre me culpaba a **mí** y yo me lo estaba creyendo. [...] **Yo** decía ‘no debía haberle dicho esto, porque si no a él, no se habría enoja(d)o; si me hubiera quedado callada no hubiera pasado esto’.

Contenido y contexto situacional

El discurso es una práctica social de contenido ideológico; es el resultado de una práctica de producción, de pensar en identidades sociales que cambian de una época a otra, que deben ser pensadas desde el referente de una época (momento, lugar) diferente. La comprensión de lo que dicen los discursos depende de la práctica de donde proceden y la función de los mismos está dada por una pluralidad de circunstancias y convicciones que determinan el mundo a que pertenecen (Nieto 2006: 58-60). Lenguaje y representación guardan una estrecha relación; cuando se logra una cercanía en el conocimiento de los grupos y sujetos, surge la preocupación de las representaciones que estos han alcanzado en el texto discursivo y de cómo desocultarlas, reconstruirlas desde este texto (Nieto 2006: 140:141).

La identidad, como fenómeno psicosocial, es el resultado de la construcción mental en un proceso interactivo entre el *ego* y el *alter*. Cada imagen/identidad es una construcción cognitiva y social dependiente de la cultura de la época en que se construye, que está representada en conceptos de lengua. La construcción de la imagen/identidad depende en parte de la atribución de imagen/identidad por parte del *otro*, pero está en parte a disposición del *yo* (Zimmermann 2005: 268).

La dependencia jurídica, económica y social de la mujer la ha hecho históricamente subordinada; es *el otro* desprovisto de poder, especialmente vulnerable a la agresión masculina, por cuanto la estructura social se basa en la jefatura masculina del hogar. El discurso de las personas agredidas no revela explícitamente los hechos por temor a represalias del agresor (SERNAM 1997:14). Por prejuicio social, se considera que las situaciones deben guardarse en el interior del hogar, por respeto a la intimidad y privacidad de la familia; por lo tanto, el silencio y la renuencia de hablar prevalecen a cualquier otra consideración (Lobos 2005:25).

Ante un corpus evidencial de violencia familiar, el discurso del amor, consignado como *soledad, ausencia, espera* (Nieto 2006: 309), está presente en el discurso informativo argumentativo de delación de la paciente, víctima de la violencia de una situación de convivencia matrimonial de pareja que se

le supone iniciada en un contexto de amor, pero en donde la frecuente agresión se materializa en exclusión, negación del *otro* (la mujer violentada); un sistema que sobrevive a costo del sometimiento del *otro*, situación a la que es difícil oponerse tanto para la paciente como para la institución jurídico legal, sin la subversión de la víctima. En este contexto situacional, estas entrevistas clínicas que se analizan pasan a ser la evidencia de la memoria *como el punto de vista de la conclusividad valorativa, en donde la memoria, aunque no tiene esperanza, puede dar sentido de una [experiencia] de vida ya concluida y presente* (Bajtin 1999: 98, citado en Nieto 2006: 345). Y ya que *la vida no acontece en un vacío, esta debe asumirse unida al tiempo, que procura la reflexión de la realidad y el contenido social que la hace posible* (Nieto 2006: 384).

El contenido a nivel macroestructural de la voz informativa de la paciente en la entrevista es el amor y la violencia, que se consignan en un resultado del *amor como soledad, ausencia, espera*, por lo tanto de sufrimiento, como lo que señala Nieto (2006: 58-60) al referirse al amor no correspondido. En este contexto de entrevistas, se agrega la variable de violencia física. Aunque hay explicitación de los actos de violencia recibidos, para las pacientes el tópico basal es la carencia de amor, cariño, preocupación por ellas, en resumen, un reconocimiento de su imagen del *yo* por parte de sus parejas. Las pacientes se sienten solas, sin cariño que las consuele, a lo que se agrega el dolor físico y la angustia de la inseguridad del cuerpo del *yo* (cf. extracto 10). Este sentimiento de abandono acompaña incluso a la paciente del extracto 10, quien declara haber sobrepasado esta angustia, pero para ella sigue siendo *una sombra de su amor* (Nieto 2006: 58), hasta el punto de haberse convertido en castigadora también, como interlocutora de la violencia de su marido, motivada por un concepto de autonomía que le ha sido negado y que ahora se ha exacerbado (Albelda Marco 2005).

Conclusiones

Coincidiendo con la afirmación de Kaul (2005: 309), el análisis del corpus de entrevistas clínico-terapéuticas a mujeres en situación de violencia intrafamiliar evidencia que el comportamiento de la variable distancia está basado en atributos sociales estables en la cortesía, en un deseo de negociación positiva de hacer que el intercambio discursivo sea más eficaz, mientras que en la descortesía esta variable se basa en factores personales en un estado de desequilibrio, en una verbalización de intensificación exacerbada. La descortesía se concibe como una medida personal asimétrica de diferencias. Tan pronto el hablante se arroga poder sobre el oyente en su emisión de descortesía, la relación, por íntima que sea,

se torna desigual. Los resultados nos permiten evidenciar la diferencia asimétrica existente entre: (1) la voz educativa de la profesional de la salud versus la voz de acuerdo de la paciente; (2) la voz de autonomía amenazante del agente de violencia, relatada indirectamente por la voz informativa de la paciente violentada, así como la voz del silencio de la paciente violentada en su actuación en el hogar, y la voz de angustia en la voz de información de la paciente en su propósito de negociación del apoyo institucional para sobreponerse de su desmedro legal intrafamiliar que espera de la profesional que la entrevista.

Los resultados del análisis del uso de la (des)cortesía en el corpus bajo estudio nos muestran que la (des)cortesía, como actitud social de un comportamiento dirigido hacia un fin, se manifiesta del siguiente modo: (1) el fin estratégico de la profesional es, primero, obtener información de la paciente para alcanzar un diagnóstico (función que asumen la voz médica y la voz empática, por la cual se concretizan las estrategias de cortesía); (2) el fin estratégico de la paciente es recuperar su salud física y psicosocial, eliminando el agente que causa este desmedro, es decir, quién y qué amenazan su estabilidad física y psíquica: la violencia verbal, psíquica y física al interior de su hogar, por medio de la ayuda médico-legal (función que asume la voz informativa y la voz empática, y también la voz de acuerdo).

El análisis del uso de estrategias de (des)cortesía en el corpus muestra que ambas interactantes manifiestan cortesía y descortesía a través de realizaciones pragmalingüísticas que se observan tanto a nivel pragmático discursivo como a nivel de las estructuras léxico-sintácticas y semánticas del nivel textual del discurso, seleccionadas en concordancia con el contexto discursivo situacional del género y contenido temático del corpus y la intención comunicativo funcional de sus interactantes. La frecuencia de uso de los marcadores lingüístico textuales indica que la atenuación es más frecuente en las estrategias de cortesía negativa. En contraposición, la intensificación valorativa positiva de la imagen del *yo* de la interlocutora es más frecuente en las estrategias de cortesía positiva. Por otro lado, la intensificación extrema de la imagen del *yo* y la valoración negativo-destructiva de la imagen de la interlocutora es más frecuente en las estrategias de descortesía expresadas en la narración de reportaje indirecto. Desde un punto de vista semiótico simbólico, los actos de habla directivos indirectos, de atenuación implícita, son más frecuentes en las estrategias de cortesía negativa; los actos directivos explícitos son más frecuentes en las estrategias de descortesía, con un reforzamiento de cortesía indicial a través del uso de formas de tratamiento nominales y adjetivos ofensivos de la imagen de la interlocutora, y el reforzamiento de cortesía icónica de intensificación modal coerciva de 'obligación' y del 'aquí' y el 'ahora'.

El análisis del contenido contextual situacional provee evidencia lingüístico-discursiva explícita que coincide con la evaluación pragmática experiencial de Lobos (2005: 25) cuando afirma que *según la experiencia de los profesionales de la salud que atienden a mujeres en situación de violencia, estas últimas adoptan conductas sumisas y expectantes....* Desde el punto de vista social imperante, las pacientes representan la desobediencia, la necesidad de que se reconozca su imagen/identidad, al denunciar su situación de violencia; no obstante, el análisis del contenido de su voz informativa revela su dependencia emocional hacia el cónyuge, no obstante estar conscientes de la agresividad descortés de él.

De algún modo, creemos que este tipo de análisis crítico contribuye a la comprensión de la situación de violencia y sus participantes al permitirnos visualizar las intenciones y estrategias comunicativas que estructuran este discurso clínico-terapéutico para la eventual superación de la situación de desmedro de salud de la paciente.

Referencias

- Albelda Marco, M. (2005).** Descortesía de fustigación por afiliación exacerbada. En: D. Bravo (ed.) *Estudios de la (des)cortesía en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 93-118.
- Bajtín, M. (1982) [1979].** *Estética de la creación verbal*. México: Siglo XXI.
- Beaugrande, R. A. (1995).** Text linguistics. En J. Verschueren, O. Östman y J. Blommaert (Eds.), *Handbook of pragmatics* (pp. 536-544). Amsterdam: John Benjamins.
- Bolívar, A. (2005).** Descortesía y confrontación política. En: D. Bravo (ed.) *Estudios de la (des)cortesía en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 273-297
- Briz, A. (1998).** *El español coloquial. Esbozo de pragmalingüística*. Barcelona: Ariel.
- Briz, A. (2005).** Eficacia, imagen social e imagen de cortesía. En: D. Bravo (Ed.) *Estudios de la (des)cortesía en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 53-91.
- Brown, P. y Levinson, S. C. (1987).** *Politeness. Some universals of language use*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Calsamiglia, H. y Tusón, A. (1999).** *Las cosas del decir. Manual de análisis del discurso*. Barcelona: Ariel Lingüística.

-
- Cepeda, G. (2005).** Estrategias de cortesía verbal en entrevistas clínicas. En M. Pilleux (Ed.), *Los contextos del discurso*. Santiago: Ediciones Frasis, pp. 45-54.
- Cepeda, G. (2005a).** Cortesía, imagen social y aceptación del mensaje. Modalización en el discurso de entrevista clínica. En D. Bravo (Ed.), *Cortesía lingüística y comunicativa en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 161-185.
- Cepeda, G. (2006).** La voz médica empática y las estrategias de cortesía en la entrevista clínica. *Estudios Filológicos* 41, 55-69.
- Chilton, P. (1990).** Politeness, politics and diplomacy. *Discourse and Society* 1 (1), 201-224.
- Chilton, P. y Schäffner, C. (2000).** Discurso y política. En T. van Dijk (Ed.), *El discurso como interacción social. Estudios sobre el discurso II. Una introducción multidisciplinaria*. Barcelona: Gedisa, pp. 297-329.
- Cordella, M. (2001).** La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional. *Onomazein* 7, 117-144.
- Culpepper, J. (1996).** Towards an anatomy of impoliteness. *Journal of Pragmatics* 25, 349-367.
- Ducrot, O. (1986) [1984].** *El decir y lo dicho: polifonía de la enunciación*, Barcelona: Paidós.
- Fairclough, N. y Wodak, R. (1997).** Critical discourse analysis. En T. van Dijk (Ed.), *Discourse studies. A multidisciplinary introduction, Vol. 2: Discourse as interaction*. London: Sage, pp. 258-284.
- Goffman, E. (2001) [1959].** *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haverkate, H. (1990).** Aspectos semióticos de la cortesía verbal. *R.L.A. Revista de Lingüística Teórica y Aplicada* 28, 27-40.
- Held, G. (1989).** On the rol of the maximization of politeness. *Multilingua* 8 (2/3), 167-206.
- Holmes, J. (1996).** *Women, men and politeness*. London: Longman.
- Iglesias, S. (2001).** Los estudios de la cortesía en el mundo hispánico. Estado de la cuestión. *Oralia* 4. *Análisis del discurso oral*, 245-298. Madrid: Arco/Libros.
- Kaul, S. (2005).** Descortesía de fustigación por afiliación exacerbada o refractariedad. En D. Bravo (Ed.), *Cortesía lingüística y comunicativa en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 299-318.
- Lakoff, R. (1990).** *Talking power: the politics of language in our lives*. New pragmático de sus formas y funciones en español hablado. *Anuario de Estudios Filológicos* XI, 275-290.

- Lobos, M. (2005).** La modalidad en el discurso de mujeres que sufren violencia intrafamiliar. En M. Pilleux (Ed.) *Contextos del discurso*. Santiago: FRASIS Editores, pp. 25-33.
- Nieto, J. (2006).** *De literatura e historia: Manuela Sáenz entre el discurso del amor y el discurso del otro*. Bucaramanga, Colombia: División Editorial y Publicaciones, Universidad Industrial de Santander.
- Placencia, M. E. (2001).** Percepciones y manifestaciones de la (des)cortesía en la atención al público: el caso de una institución pública ecuatoriana. *Oralia 4. Análisis del discurso oral*, 177-212. Madrid: Arco/Libros.
- Placencia, M. E. (2001a).** Inequality in address behaviour in public institutions at La Paz, Bolivia. *Anthropological Linguistics* 43(2), 198-217.
- SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer). (1997).** *Modelo de intervención*. Santiago, Chile: Municipalidad de Santiago, Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar.
- Van Dijk, T. A. (1993).** Principles of critical discourse analysis. *Discourse and Society*, 4 (2), 249-283.
- Zimmermann, K. (2005).** Construcción de la identidad y anticortesía verbal". En D. Bravo (ed.) *Estudios de la (des)cortesía en español*. Buenos Aires: DUNKEN, pp. 245-271.

Nota bibliográfica



Gladys Cepeda. Profesora Titular en la Universidad Austral de Chile (UACH) hasta acogerse a retiro en diciembre 2006, ejerció su docencia en la cátedra de Gramática Inglesa a nivel de las carreras de pregrado y en Fonología y Análisis del Discurso del Español de Chile en el perfeccionamiento de postgrado de magíster y doctorado. Entre 2002-2005 es Decano de la Facultad de Filosofía y Humanidades de UACH. Su línea de investigación ha sido el estudio del habla de Valdivia, Chile, en los niveles de análisis fonológico, léxico-sintáctico, discursivo y sociolingüístico con un corpus oral en situación de entrevista semiformal, así como con un corpus de entrevistas clínico-terapéuticas a mujeres en situación de violencia intrafamiliar. **E-mail:** gcepeda@uach.cl