



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright 2011
ISSN 1887-4606
Vol. 5(3) 469-491
www.dissoc.org

Artículo

Enfrentándose al cáncer en compañía: el rol del familiar en la consulta oncológica

Confronting cancer in company: the role of family in oncology consultations

Marisa Cordella
Monash University, Australia

Resumen

Esta investigación utiliza las herramientas del análisis del discurso (AD) para estudiar en detalle nueve conversaciones que se desarrollan en una consulta médica tripartita entre el oncólogo, el paciente y su acompañante.

Las conversaciones se grabaron en el ambiente natural de una clínica del cáncer en Santiago de Chile, y se transcriben en su totalidad con el fin de identificar el rol que los acompañantes juegan en la consulta oncológica, las estrategias lingüísticas que ellos utilizan y las ventajas o desventajas que dichas contribuciones aportan al encuentro.

El análisis indica que los acompañantes asumen 7 roles durante el período de tratamiento oncológico, dos de ellos son prominentes y se estudiarán en detalle en este artículo.

A través del discurso médico se descubre que aquellos acompañantes que asumen el rol de asistente familiar de salud y compañero cumplen diferentes funciones en el cuidado del paciente. Se destacan en estos roles estrategias discursivas que apuntan a acompañantes que monitorean el bienestar y la salud del paciente a través de estrechos vínculos que suelen formarse en el transcurso de la enfermedad.

Palabras claves: *encuentros tripartitos, comunicación médico-paciente, comunicación médica, oncología y comunicación, roles interactivos en español/castellano*

Abstract

This manuscript is based on nine triadic medical consultations which are analysed following DA approaches, in order to get an insight into the participatory roles that unfold in the visits between a cancer specialist, his patients and patients' companions.

Natural recordings form the corpus of this study conducted in Santiago, Chile. Every consultation is fully transcribed to identify the role that companions played in the event, the conversational strategies most frequently used, and to investigate whether their contribution helped or impeded the communication.

The analysis reveals seven roles that companions utilized during the medical visit, two of them are prominent and will be studied in detail in this paper.

Through the discourse, communicative strategies that monitor patients' health and wellbeing are revealed and illustrate the interpersonal relationships that participants have developed throughout the course of the disease.

Keywords: *triadic encounters, doctor-patient communication, oncology and communications, medical communication, participatory roles in Spanish.*

1.0 Introducción

En los últimos veinte años el foco central de la relación médico-paciente se ha centrado en investigaciones que estudian la participación comunicativa en consultas médicas (Cicourel 1999, Erzinger 1991, Fisher 1993, Stivers y Heritage 2001, Ten Have 1991, West 1983), además del nivel de satisfacción que el paciente expresa de dichos encuentros (Burgoon, Birk et al 1991). El vínculo entre buena comunicación y la satisfacción ha dado lugar a un mayor compromiso y seguimiento del tratamiento (Bissell, May y Noyce, 2004).

El discurso médico-paciente se caracteriza por la asimetría que emerge en el encuentro, la distribución de turnos en la conversación y el tipo de estrategias lingüísticas que se utilizan (Drew 2001; Fisher y Todd 1983; Linell y Luckmann, 1991; van Dijk, 1996). Mientras el médico tiene a su disposición mayores alternativas lingüísticas de participar en el discurso, el paciente tiene posibilidades más restringidas de usar los mismos recursos lingüísticos en dicho evento. Se podría argumentar que el paciente o cualquier otro individuo siempre pueden ejercer un nivel de control en el discurso (Giddens 1987; Fairclough 1989; van Dijk 1996, 1997a, 1997b; Wodak 1989), sin embargo la estructura misma de la consulta médica llama al profesional de salud a usar estrategias lingüísticas que, a veces, difieren de las del paciente.

El médico en su rol busca información del paciente, entrega un diagnóstico, propone y evalúa un tratamiento. El paciente tiende a entregar información personal que destaca su identidad social-cultural y a iniciar, según la necesidad, temas que estima relevantes (Cordella 2004).

La conceptualización de la enfermedad es otro punto de interés que puede variar entre ambos participantes. Un diferente entendimiento del origen de una enfermedad, por ejemplo, puede causar problemas de comunicación y llevar a malos entendidos (Cordella y Musgrave 2009, Roberts y Wass et al 2003). Si para el paciente una enfermedad puede ser el resultado de un evento socio-cultural en particular (ejemplo: el 'mal de ojo', siguiendo algunas creencias populares), la interpretación de un médico entrenado en medicina occidental sería ciertamente diferente. Tal divergencia de opiniones podría también llevar a un contraste entre las expectativas de tratamiento y cuidado que se ofrecen con aquellos que el paciente espera recibir.

Que el médico y el paciente logren establecer un entendimiento común de la enfermedad asume un papel primordial en la visita médica. Andary y colegas (2003) presentan con delicada precisión los mecanismos lingüísticos que el médico utiliza para ingresar en el mundo de una paciente vietnamita cuya cultura y esquema de salud difieren de la medicina

occidental practicada por el médico tratante. Las diferencias entre ambos constituyen la plataforma para iniciar una comunicación cuyo objetivo es comprender la etiología de la enfermedad de la paciente.

Habiendo establecido las bases preliminares de una consulta médica bipartita, nos disponemos a estudiar las consultas tripartitas que involucran a un médico, un paciente y su acompañante.

El número de conversaciones tripartitas que han sido estudiadas en el campo de la comunicación médico/paciente es muy limitado (Aronsson y Rundström, 1988; Ishikawa, Hashimoto et al 2005; Mei-Hui Tsai 2007; Tannen y Wallat, 1983) y restringido a un número reducido de especialidades médicas como por ejemplo la geriatría y la pediatría (Adelma y Greene et al. 1987; Beisecker 1989; Coupland y Coupland 2000; Ellingson 2002, Hasselkus 1994, Tates y Meeuwesen 2001).

La dinámica grupal que se desarrolla en los encuentros bipartitos y tripartitos es disímil, lo que podría contribuir al limitado apoyo para la participación de un tercero en el evento médico. Desde un punto de vista sociológico Simmel (Wolf 1950, en Ishikswa, Roter et al 2005) advierte que dichas interacciones tripartitas podrían influir en el tipo de temas que se tratan en el evento. Temas de intimidad, por ejemplo, podrían verse afectados, tal como el nivel de participación que el paciente podría emplear en la consulta. Existe una cierta discrepancia en cuanto al efecto que el acompañante tendría en la longitud de la visita. Street y Gordon (2008) señalan que la participación de un acompañante no aumentaría significativamente la duración de la visita, sin embargo esta noción no la comparten Labrecque y Blanchard (1991).

El motivo por el cual el acompañante contribuye en el discurso es también un tema de interés y estudio. El acompañante podría intervenir en el discurso con el fin de obtener beneficios personales e interferir con la participación del paciente (Greene, Majerovitz et al (1994); Ishikawa, Hashimoto et al (2005)). Así mismo, las alianzas (ver por ejemplo Kerbrat-Orecchioni 1997) que se podrían establecer entre el médico y el acompañante podrían contribuir a relegar las intervenciones del paciente a un segundo plano como sugiere el estudio de Ellingson (2002) que investiga los roles que los acompañantes asumen durante encuentros geriátricos oncológicos.

Aunque hay estudios que muestran desaprobación con las conversaciones tripartitas, también los hay aquellos que indican los grandes beneficios que tales encuentros traen a la visita médica. En un estudio llevado a cabo en Japón en el campo de la geriatría en 2006 se observó que un 95% de los pacientes entrevistados mostraron satisfacción con la participación que sus acompañantes mostraron en la consulta (Ishikswa, Roter et al 2006).

Aunque uno puede entender la participación en la consulta de un tercero como una opción personal, también hay evidencia que algunas instituciones promueven la presencia de un acompañante en la visita (Street y Gordon 2008). De hecho la clínica del cáncer donde este estudio se llevó a cabo conduce charlas de una hora con los familiares y amigos del paciente para discutir la enfermedad, el tratamiento y el manejo de ellos a nivel social/familiar.

En las numerosas charlas que la investigadora presencié sólo en un caso una paciente asistió a la charla sola. La enfermera especializada en oncología quien dictaba las sesiones, le señaló a la paciente la importancia de involucrar a un familiar o amigo durante el transcurso de la enfermedad, indicándole a la paciente las expectativas de la institución.

Lienard, Merckaert et al (2008) señalan que los pacientes de cáncer por lo general asisten a la consulta con un compañero, lo que asegura un contenido más rico de información disponible en el evento (Gordon, Street et al 2006).

En cuanto al rol que los participantes juegan en el discurso, Adelman, Green et al (1987) indican que los acompañantes pueden asumir tres roles: portavoz (*advocate*), participante pasivo (*passive participant*) y adversario (*antagonist*). El portavoz apoya la posición que toma el paciente ayudándole a abordar aquellos puntos que hasta ese momento no se habían mencionado en la conversación. El *participante pasivo*, como bien lo describe su nombre, no tiene un rol predominante en el discurso, mientras que el *adversario* emplea un rol que lo beneficia a él en desmedro del paciente (1987:731).

Street y Millay (2001) desarrollaron un sistema de clasificación para identificar aquellos participantes que ellos denominan *activos* en una consulta. La clasificación fue ampliada posteriormente por Street y Gordon (2008) para incorporar a los individuos que acompañan a los pacientes a la visita oncológica.

En la tipología de ‘participación activa’ se encuentran aquellos que hacen preguntas, revelan las preocupaciones del paciente, enfatizan la posición del paciente y manifiestan sus deseos (Street y Gordon 2008:245). En una escala que va de menor a mayor participación se identifican tres roles principales. El *portavoz* contribuye más del sesenta por ciento a la consulta, el *compañero* participa entre un cuarenta y sesenta por ciento y el *observador* contribuye menos de un cuarenta por ciento.

(Street y Gordon 2008:246).

Uno de los graves problemas de estos estudios es que sólo transcriben y analizan una porción seleccionada del discurso, dejando de lado potenciales contribuciones que sólo se pueden evaluar luego de analizar el discurso en su totalidad y de una forma cualitativa.

Los estudios de análisis del discurso en consultas médicas oncológicas en el mundo hispano son muy limitados (Cordella, 2007, 2008), y aún más restringidos son aquellos trabajos de investigación que examinan las consultas tripartitas en su totalidad utilizando las herramientas del AD (Cordella en imprenta). El objetivo de este estudio es contribuir al análisis del discurso médico-paciente en un contexto oncológico cuando la visita se lleva a cabo en presencia de un acompañante.

En este estudio se analizan nueve consultas médicas grabadas en una clínica privada en Santiago, Chile, como parte de un estudio más amplio sobre la relación médico-paciente. La selección de dichas conversaciones se basa en consultas de seguimiento compuestas por el oncólogo tratante, el/la paciente y su acompañante quien en todos los casos fue un familiar cercano.

2.0 Preguntas de investigación

1. ¿Qué características lingüísticas se emplean en el rol del *asistente familiar de salud*?
2. ¿Qué características lingüísticas se utilizan en el rol del *compañero*?
3. ¿Qué ventajas y desventajas trae la contribución del acompañante?
4. ¿Qué aspectos socio-culturales emergen en el discurso?

3.0 Análisis e interpretación

El primer análisis consiste en identificar los roles que los acompañantes emplean en el discurso, para lograr este objetivo se transcribieron todas las conversaciones en su totalidad y se llevó a cabo un análisis preliminar registrando el rol que el acompañante asumió en cada turno.

En este proceso se identificaron un total de siete roles que luego fueron subdivididos en categorías (Cordella en imprenta). Una vez que las categorías estuvieron claras cada turno fue codificado independientemente para verificar el rol y cuantificar la frecuencia de uso. Para asegurarse una mayor precisión en la codificación, se le pidió a otra investigadora que verificara el sistema de codificación asignado a la participación del acompañante.

3.1 Los roles de participación discursiva

Las consultas médicas tripartitas destacan siete roles que los acompañantes pueden asumir en los encuentros oncológicos: *asistente familiar de salud*, *compañero*, *consejero de salud*, *comunicador de aspectos sociales*, *reportero*, *secretaria*, *asistente de finanzas*. La frecuencia con la cual los

acompañantes utilizan estos roles se cuantificó y tres categorías de frecuencia se identificaron en las conversaciones. Estas son: mayor, mediana y menor frecuencia (Cordella en imprenta).

En este artículo se analizarán solamente dos roles: *asistente familiar de salud* y *compañero* que con frecuencia surgieron en las consultas médicas.

3.1.1 Asistente familiar de salud

El *asistente familiar de salud* es aquel que brinda cuidado y atención al paciente.

A través de este rol se descubren las responsabilidades que los acompañantes asumen en el cuidado del familiar enfermo dentro de un contexto socio-cultural chileno. En este rol ellos confirman su conocimiento y entendimiento médico de la enfermedad, ratifican las medicinas que el paciente requiere además de corroborar los exámenes y procedimientos médicos a los que el paciente debe someterse. La participación del acompañante en este rol también se ve reflejada en el interés de monitorear las rutinas diarias en el cuidado del paciente. Es así que se confirma la dosis del medicamento, el horario de suministro de la medicina, la dieta, los cuidados que el familiar necesita otorgar y la responsabilidad de obtener los medicamentos recetados.

A través del análisis descubrimos las variadas funciones que el acompañante desempeña en los cuidados del familiar. El acompañante:

- | | | |
|----------------------------------|----|--------------------------|
| --Confirma | | --Ratifica |
| • Resultados de exámenes médicos | de | • Dosis de la medicina |
| • Procedimientos médicos | | • Horario de la medicina |
| • Información médica | | • Dieta |
| • Conocimiento médico | | • Ordenes médica |
| | | • Exámenes médicos |
| --Pide | | • --Muestra |
| • Recetas médicas | | • Empatía al paciente |
| • --Compra | | • |
| • Medicinas al paciente | al | • |

A continuación se presentarán cinco ejemplos de la categoría de *asistente familiar de salud* que con frecuencia se manifestaron en los discursos estudiados.

Ejemplo 1¹: Consulta 2A (O: oncólogo, AF: acompañante femenino, PM: paciente masculino- se mantiene en silencio en este segmento)

- 43 O: [respira] hondo por la boca boca otra vez bota otra vez bota otra vez ...
44 asiento respira hondo por la boca otra vez otra vez otra vez
45 AF: Doctor esas marcas <X por qué no se>
46 O: No sé ¿las tiene desde cuándo?
47 AF: Desde que se hospitalizó <X>
48-51 ((El oncólogo entrega una explicación))
...
58 AF: ¿qué lo que es la ((nombre de la medicina)) doctor?
59 O: la ((nombre de la medicina)) es la=
60 =que le inyectan <X> ah <X> ¿qué es lo que le inyectan?
61 O: Quimioterapia por allí
62 AF: <la quimio también>
63 O: la ((nombre de la medicina)) es el objetivo la ((nombre de la medicina)) es este
tratamiento él no
64 tenía enfermedad en el sistema nervioso central pero a través del tiempo lo que
65 sabemos de esta enfermedad ((se dirige al paciente)) vístase no más está bien

Mientras el oncólogo lleva a cabo la revisión médica (43-44), la acompañante quien es la madre de un joven de 19 años, indaga sobre las anomalías que él presenta en su piel (45) y las drogas que le suministran durante el tratamiento de quimioterapia (58, 60, 62). El paciente, durante este período, permanece en silencio.

Los cambios en la piel que la madre nota ('Doctor esas marcas' en línea 45), revelan dos aspectos que son de gran interés para el oncólogo. Desde el punto de vista médico, la información sobre los cambios que el paciente presenta en su piel advierte el posible efecto que las medicinas podrían tener en él. Desde una perspectiva social, tal observación indica que el enfermo está en un entorno que reacciona a las irregularidades que presenta, vigila y cuida de él. Helman (1994) indica que los individuos son capaces de evaluar la falta de salud cuando tanto la persona que sufre una anomalía como aquellos que están junto a él coinciden con tal apreciación.

No solo la acompañante y su hijo que permanece en silencio en este segmento obtienen información de interés para evaluar la enfermedad y entender mejor el protocolo médico que el paciente está siguiendo (48-51, 59, 61, 63-65), sino que el oncólogo mismo consigue vital información a través de las preguntas que la acompañante le hace (45, 58, 60, 62). Nuevamente el silencio por parte del paciente es predominante, en el siguiente segmento (ejemplo 2 abajo), quien enuncia estar 'más tranquilo'

una vez que la información sobre el trasplante de médula ósea al cual se someterá, dentro de poco tiempo, ha sido abordada por su compañera y su oncólogo.

Ejemplo 2: Consulta 7A (O: oncólogo, AF: acompañante paciente femenino PM: paciente masculino)

- ... ((el oncólogo entrega una detallada explicación del procedimiento que antecede al trasplante de médula ósea))
150 AF: qué fuerte un trasplante
151 O: es un tremendo tratamiento eso es muy cierto pero es un tratamiento que solo
152 lo planteamos cuando vemos [que esa] es la mejor posibilidad
153 AF: [hm sí]
154 O: Siempre es así
155 AF: y después de de todo ese trasplante él va a tener algun prob o sea tienen
156 problemas después con el el recién trasplantado los órganos dependiendo
157 o sea porque es una médula extraña [<Xo sea >]
158 O: [solo] si hay rechazo [ah]
159 AF: [y] ¿cómo se sabe si hay rechazo?
... ((el oncólogo entrega información sobre el trasplante de médula))
247 PM: perfecto ahora ¿cuáles son los los pasos a seguir?
...
270 PM: estoy más tranquilo ahora
271 O: así veo
272 PM: sí
273 AF: sí podíamos ver que estaba- nervioso ya
274 PM: no y aparte de la conversación que tuvimos ahora me
275 dejó [] como más más
276 AF: [tranquilo]
277 PM: en [conocimiento]

Luego de una larga explicación que el oncólogo ofrece del procedimiento médico que antecede al trasplante de médula ósea y que involucra elevadas dosis de quimioterapia; en línea 150 la acompañante exclama ‘qué fuerte un trasplante’ mientras que el paciente, su compañero, permanece en silencio. El oncólogo de inmediato reconoce la intensidad del tratamiento no sólo enunciando que es un ‘tremendo tratamiento’ sino que usando un marcador que confirma la evaluación que la acompañante acaba de entregar además de su propia estimación en ‘...es muy cierto ((que es fuerte))’.

El oncólogo también otorga el conocimiento médico para asegurarles que dicho tratamiento sólo se ofrece cuando ‘es la mejor posibilidad’ (151-152) disponible. Siguiendo los estudios de Cordella y Musgrave (2009) el oncólogo logra con su intervención dos aspectos fundamentales en el discurso, muestra conocimiento en el tema y entrega empatía al compartir con el paciente y acompañante su opinión del tratamiento. Ambas estrategias tienden a jugar un rol fundamental en aumentar la confianza que el paciente tiene en el tratamiento y al médico tratante.

La favorable disposición del oncólogo permite que la acompañante continúe indagando activamente sobre la enfermedad, es así como muestra interés en entender la condición de salud que su compañero tendrá luego del trasplante en ‘y después de de todo ese trasplante él va a tener algun prob o sea tienen problemas’ línea 155-156 y comprender los criterios que se utilizan para determinar si el cuerpo del paciente ha aceptado el trasplante ¿cómo se sabe si hay rechazo? Todas estas preguntas llevan a un despliegue de información por parte del oncólogo que usando la voz del Educador (Cordella 2004) entrega conocimiento médico de vital importancia para el paciente que dice sentirse ‘más tranquilo ahora’ (270). Tanto el conocimiento que se ha obtenido del protocolo médico y las alternativas disponibles para combatir la enfermedad han dado las bases para crear una atmósfera de mayor tranquilidad en el paciente.

Es de interés notar que la participación del paciente es limitada en el discurso, sin embargo la acompañante ha sido su portavoz (Adelman y Green 1987) y a través de sus preguntas parece liberar al paciente de la tensión que proyecta, como lo manifiesta en: ‘podíamos ver que estaba nervioso’ (273).

Las respuestas del oncólogo a su vez ofrecen la posibilidad de obtener mayor entendimiento (277) y así contribuir al sentido de tranquilidad que tanto el paciente (270) como la acompañante sienten al estar próximos a enfrentar un trasplante de médula ósea.

El siguiente ejemplo muestra dos aspectos lingüísticos de interés que se manifiestan en encuentros oncológicos y geriátricos. La paciente, una señora de 80 años, sufre de un mieloides muy avanzado que ha reaparecido luego de 10 años de remisión. Su hija de unos 60 años la acompaña a la consulta.

Ejemplo 3: Consulta 4B (O: oncólogo, AF: acompañante femenino, PF: paciente femenino -se mantiene en silencio en este segmento)

- 474 AF: ¿y no tiene que seguir más tomando la ((nombre de la medicina))
475 O: Si tiene molestias la usa
476 AF: Pero explícale=
477 O: =En la noche
478 AF: Vio es en la noche una en la noche la loca de mi mamá come la toma a
479 cualquier hora de la comida=
480 O: =no no no no es necesario [más] de una vez
481 AF: [ve] Es una en la noche para que cuando

482 se levante en el otro día y tenga que comer toda
483 su comida no le caiga mal ...

El turno comienza con la hija que quiere confirmar si la madre debe seguir tomando la misma medicina ‘¿y no tiene que seguir más tomando la ((nombre de la medicina))?’ (474), el oncólogo le contesta que sólo debe tomarla cuando la necesite ‘Si tiene molestias la usa’ (475) dándole a la paciente la libertad de acción con respecto al nivel de molestia que ella pueda/quiera tolerar. Esta intervención muestra el énfasis de los últimos años en una consulta médica que está más orientada hacia las necesidades particulares del paciente (Mishler 1984).

La hija comienza una serie de intervenciones que denotan una inversión de roles, típico de las consultas geriátricas o pediátricas (Tates y Meeuwesen 2001 revisión bibliográfica) donde el control discursivo cae en el/la acompañante y no en el/la recipiente.

Es muy probable que la misma madre que hoy es acompañada a la consulta por su hija haya acompañado a la misma hija al médico cuando era pequeña y que dicha madre también, en su tiempo, haya ejercido control en la comunicación. Hoy los roles se han invertido y el discurso lo delata en sus turnos.

La explicación que la hija le pide al oncólogo ‘Pero explícale=’ (476) parece tener el propósito de educar a la madre con respecto a la frecuencia y horario en que debe tomar la medicina. El oncólogo le hace saber que debe tomar la medicina ‘en la noche’ (477).

Esta respuesta incentiva a la hija a reprender a su madre usando ‘Vio es en la noche’ (478), enfatizando su punto otra vez en ‘una en la noche’ (478) y evaluando el comportamiento de la madre al médico ‘la loca de mi mamá come la toma a cualquier hora de la comida=’ (478).

El oncólogo insiste que sólo debe tomarla una vez al día en ‘=no no no no es necesario [más] de una vez’ (480) lo que lleva a la hija a dirigirse nuevamente a su madre y explicarle el motivo de tal dosis ‘Es una en la noche para que cuando se levante en el otro día y tenga que comer toda su comida no le caiga mal’

El rol educativo que la hija utiliza hacia su madre emerge en las intervenciones del discurso y se asemejan a encuentros pediátricos cargados de episodios educativos y reproches para que el comportamiento futuro sea diferente al actual.

Ejemplo 4: Otro de los ejemplos que con frecuencia emergen en la visita médica son los relacionados con el tipo de alimentación y su preparación. Las frutas frescas y los mariscos crudos (una comida apreciada por los chilenos) surgen prevalentemente en la visita médica, en parte porque las grabaciones se llevaron a cabo durante el verano donde tales productos se consumen con mayor frecuencia.

Consulta 4B (O: oncólogo, AF: acompañante femenino, PM: paciente masculino)

- 253 O: ¿Alguna pregunta?
254 PM: Hmm ... no
- 255 AF: Ehh fruta natural ¿ningún tipo? ¿sandía por ejemplo?
256 O: Lo que autorizamos nosotros a los pacientes que están en período de=
257 AF: =neutropenia=
258 O: =neutropenia es comer pueden comer un poco de fruta ... que sea
259 cruda pero que tenga siempre cáscara muy gruesa []
260 AF: [hmm]
- ...
- 272 O: imprescindible que la cáscara esté sana tú puedes ehmm comer la primera
273 vez que se parte [] tener cuidado al partirla, cómo está el cuchillo [todas] las
274 PM: [ya] [cuchillos limpios]

La primera parte de la consulta se centra en evaluar el bienestar del paciente luego de haber estado hospitalizado en su segundo ciclo de consolidación. En la mitad de la consulta médica, el oncólogo sondea si hay ‘¿alguna pregunta?’ (253), el paciente un hombre de 39 años que es acompañado por su esposa a la visita mantiene el turno (Sacks, Schegloff y Jefferson 1974) con el uso del marcador ‘Hmm’, deja una pausa ‘...’ y luego agrega que ‘no’ (254) tiene preguntas.

La acompañante, sin embargo, utiliza esta oportunidad para indagar sobre la comida que el paciente podría ingerir durante el tratamiento. Así inicia la contribución discursiva con: ‘Ehh fruta natural ¿ningún tipo? ¿sandía por ejemplo?’ (255), el médico explica que durante el período de bajo conteo de glóbulos blancos se recomienda comer fruta con cáscara dura (256-259) lo que la acompañante responde con el marcado discursivo ‘hmm’ como signo de aprobación. El uso de los marcadores discursivos difiere de acuerdo a su contexto (Stivers y Heritage 2001, Cordella 2004).

Tanto el paciente como la acompañante muestran un nivel de conocimiento frente a la enfermedad con el uso de *la voz de la competencia médica* (Cordella 2003, 2004) que marca las precauciones sanitarias que se requieren seguir (274) para disminuir las infecciones durante el período de ‘neutropenia’ (257) que la acompañante acertadamente menciona.

Nuevamente las intervenciones que surgen en el discurso ofrecen la oportunidad al oncólogo de evaluar el conocimiento y el compromiso que ambos (paciente y acompañante) tienen hacia la enfermedad.

La activa participación (Street y Gordon 2008) de la esposa del paciente se asemeja a la contribución que las pacientes mujeres, con frecuencia, demostraron en consultas con médicos de familia. En estas visitas, las mujeres iniciaron el turno incorporando temas de interés y mostraron mayor participación en la consulta que los pacientes del sexo opuesto (Cordella 2004).

3.1.2 El compañerismo que emerge en el discurso

El cáncer es una enfermedad que no sólo atañe al paciente sino que aquellos familiares y amigos cercanos que deciden apoyar y acompañar al paciente durante el transcurso del tratamiento. La relación que se ha creado entre ellos, y que está en continuo ajuste, surge en la consulta médica a través de marcadores discursivos que los acompañantes utilizan en la interacción con el oncólogo. Por ejemplo, el completar las frases por el otro, no como señal de dominio comunicativo o toma de turno, sino como una expresión solidaria (Zimmerman y West 1975); además del uso de solapamiento y yuxtaposiciones (Ferrara 1992) emergen en los encuentros médicos.

En la categoría de *compañerismo* las siguientes funciones lingüísticas fueron utilizadas:

--los participantes usan las mismas palabras que el otro hablante ha utilizado recientemente en el discurso.

--los participantes utilizan solapamiento y yuxtaposiciones

-- el/la acompañante ayuda a que el paciente despliegue sus ideas.

--el/la acompañante y la/el paciente construyen una narración conjunta.

Ejemplo 5: Consulta 1A (O: oncólogo, AF: acompañante femenino, PM: paciente masculino)

- | | |
|----|--|
| 23 | O: ¿Y cómo te has sentido entonces desde el jueves- hasta ahora? |
| 24 | PM: Eh bien al principio el jueves= |
| 25 | AF: =las náuseas [siguieron] |
| 26 | PM: [jueves y viernes] es[toy] |
| 27 | O: [¿hasta] cuándo te duraron? |
| 28 | AF: [unos días no lo sé <X X> mismo] |
| 29 | PM: [un un par de días 3] |

En el ejemplo 5 el médico indaga sobre el bienestar del paciente al estar en su segundo ciclo de quimioterapia '¿Y cómo te has sentido entonces desde el jueves- hasta ahora?' (23) la respuesta del paciente 'Eh bien al principio el jueves' (24) se yuxtapone a la intervención de la esposa que le indica al

médico que ‘las náuseas [siguieron]’ (25). El paciente de inmediato contribuye al discurso solapando con las palabras de su acompañante e indicando que las náuseas le duraron hasta el ‘[jueves y viernes...’ (26). El oncólogo se une a la dinámica discursiva de solapamientos (Ferrara 1992: 220 y Tannen 1984) dirigiendo una pregunta al paciente ‘[¿hasta] cuándo te duraron?’ (27) de inmediato la acompañante y el paciente contestan al unísono usando solapamiento discursivo en ‘[unos días no lo sé <X X> mismo]’ (28) y en ‘[un un par de días 3]’ (29).

Ambos, el paciente y su acompañante, colaboran al discurso para entregarle al oncólogo la información que él solicita; sin embargo las respuestas que la acompañante ofrece no necesariamente coinciden con las que el paciente desea otorgar, como se verá en el siguiente segmento de la misma consulta.

Ejemplo 6: Consulta 1A (O: oncólogo, AF: acompañante femenino, PM: paciente masculino)

- 31 PM: Sí lo que pasa tengo la .las náuseas están asociadas
32 a la a a lo que es la [comida]
33 AF: [el olor]
34 PM: ¿ah?
35 AF: el olor de la comida
36 PM: No, no el olor no es el olor no es el el el la el olor el olor no está agradable
37 O: ah pero por supuesto [] es una sensación [] después de procesarlo un poco
38 PM: [claro] [claro] sí, sí sí
39 O: Ya=

En este ejemplo, notamos una discrepancia de opinión entre la acompañante y el paciente en cuanto a la conceptualización de salud (Helman 1994).

El paciente explica que sus náuseas están asociadas a la comida (32), mientras que su esposa atribuye las náuseas del marido al olor (33) de la comida, lo que incita al paciente a negar repetidamente la contribución de su acompañante ‘No, no el olor no es el olor no es el el el la el olor el olor no está agradable’ (36). El oncólogo quien ha evidenciado casos similares durante sus últimos 20 años de práctica oncológica es capaz de entender e interpretar lo que el paciente siente ‘ah pero por supuesto [] es una sensación [] después de procesarlo un poco’ (37). No es poco común que los sabores y olores sean percibidos de forma distinta por pacientes de cáncer (Comeau, Epstein et al 2001). Queda claro con la repetición de marcadores de acuerdo (*claro* y *sí* en línea 38) que el paciente coincide con la versión del oncólogo.

4.0 Discusión

Los estudios que se han llevado a cabo en el campo oncológico bajo las teorías de la comunicación médica han tendido a ignorar la participación comunicativa que el acompañante trae a la consulta. Dicha omisión ha limitado el conocimiento que se puede obtener del encuentro.

En este estudio el análisis del intercambio es tripartito al incluirse las aportaciones de los acompañantes. Dos roles se estudian en detalle (i.e. *asistentes familiares de salud y compañeros*) de los siete identificados anteriormente por Cordella (en imprenta) en visitas médicas en una clínica del cáncer en Santiago, Chile.

Los resultados indican que aunque hayan oportunidades que el paciente y su acompañante no coincidan en su apreciación del evento (ejemplo 6) y se reflejen inversiones de roles (ejemplo 3); la participación del acompañante, por lo general es positiva. Su contribución puede contribuir a mitigar la tensión que la enfermedad le produce al paciente (ejemplo 2), favorecer el despliegue de información (ejemplo 4) además de ofrecer evaluaciones de salud que de otro modo, probablemente el médico, no habría obtenido (ejemplo 1).

El oncólogo a su vez puede obtener mayor información de la reacción que el paciente tiene al tratamiento a través de las contribuciones del mismo y de su acompañante. Cada uno de estos encuentros discursivos ayuda al oncólogo a entender y evaluar el nivel de apoyo social del que goza el paciente. Por ende el profesional de salud tiene a su disposición un entendimiento más holístico, bio-médico y social, (Mishler 1984) del estado del paciente.

La relación que el acompañante y el paciente forman desde el inicio del diagnóstico se desarrolla regularmente al pasar del tiempo, en conformidad con los roles que emergen en la consulta médica. Como señalan Street y Gordon (2008), las parejas de acompañantes y pacientes asumen roles particulares que ambos consideran importantes. Esto indicaría que potencialmente cada pareja podría usar roles diferente y por lo tanto la clasificación de roles en un número limitado de conversaciones sería difícil de conseguir por la variabilidad que uno podría encontrar, sin embargo los datos presentan con claridad la preferencia de roles de los acompañantes (Cordella imprenta). Tal frecuencia podría reflejar las expectativas socio-culturales que existen hacia las responsabilidades que los acompañantes cumplen en el cuidado del paciente.

Así mismo, el sesgo de los acompañantes hacia el sexo femenino coincide con estudios previos que muestran la tendencia que las mujeres chilenas tienen en el cuidado y bienestar de la familia (Cordella 2003, 2004, 2007)

Siguiendo las teorías de poder y control desarrolladas por Giddens (1987), van Dijk (1996) y Wodak (1989); en aquellas instancias en las que el paciente discrepa explícitamente con la opinión del acompañante, así como sucedió en el ejemplo 5 y con la inversión de roles en ejemplo 3; es importante que el médico observe posibles 'luchas de poder'. Como sugiere Greene, Majerovitz et al (1994); Ishikawa, Hashimoto et al (2005), la participación de los acompañantes podría estar motivada por beneficios personales que ellos quisieran obtener. Por tal motivo, el profesional de salud tendrá que cuidar que la voz del paciente no sea silenciada sino escuchada.

La ayuda que los compañeros ofrecen al paciente al confirmar información médica, pedir y comprar las recetas además de ofrecerles empatía es de gran relevancia en el rol del *asistente familiar de salud*. Podríamos argumentar que la participación limitada de los pacientes en los ejemplos 1-4 es el resultado de una conversación tripartita como sugieren Green y sus colegas (1994) en su estudio que compara la participación de las consultas entre diadas y triadas. Sin embargo, también podríamos interpretar el silencio que asumen los pacientes, en algunos segmentos de la conversación, como reflejo de la carga emocional que sienten con la situación que están viviendo. En el ejemplo 2, el paciente declara sentirse 'más tranquilo' luego que la acompañante ha intervenido más activamente que él en el discurso. De hecho los estudios de Ishikawa y Roter, Hall et al (1987) señalan que los pacientes valoran la participación activa de los acompañantes.

En cuanto al rol del *compañero*, se observó que ambos participantes en conjunto contribuyen al discurso que presentan al oncólogo usando marcadores lingüísticos tales como: solapamientos, yuxtaposiciones y narraciones en conjunto. Son estos marcadores de producción conjunta (Ferrara 1992) que destacan la relación que los participantes han ido desarrollando en el transcurso de la enfermedad.

Es importante notar que el acompañante podría tomar distintos roles en la visita médica dependiendo de múltiples factores incluyendo: la relación que existe entre el acompañante y el paciente, la prognosis y el curso de la enfermedad, por ejemplo. Nuestra muestra no nos otorga dicha información, sin embargo sería de interés investigar la expresión de los roles del acompañante a través un estudio longitudinal.²

Es de esperar que estudios futuros puedan ampliar la taxonomía de roles a otros encuentros tripartitos en consultas médicas y que a través de tales análisis se pueda alcanzar un mejor conocimiento de las expectativas sociales y culturales de los participantes.

Notas

1. Las conversaciones han sido transcritas en su totalidad y su lenguaje no se ha pulido, por lo tanto las imperfecciones lingüísticas reflejan la comunicación espontánea en la visita médica. En este manuscrito, sólo se reproducen los segmentos que se analizan. La longitud de las conversaciones no hace posible que dichas conversaciones se publiquen en este medio.

2. Agradezco al revisor anónimo de este manuscrito por este comentario.

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos para el equipo oncológico que trabaja arduamente con los familiares y pacientes en la clínica donde este estudio se llevó a cabo.

Mis mayores agradecimientos para el Dr Pablo Bertín por haberme introducido al campo oncológico en Chile y el mundo y por su valiosa contribución en este estudio.

Agradezco a cada uno de los pacientes y sus familiares quienes compartieron conmigo durante las muchas visitas al centro del cáncer, sus historias personales y los desafíos que la enfermedad les deparó. Los datos de este estudio se obtuvieron con el financiamiento del fondo de investigación 'Monash Small Grant Scheme'.

Referencias

- Adelman, R. D., Greene, M. G., y Charon, R. (1987)** 'The physician-elderly patient-companion triad in the medical encounter: The development of conceptual framework and research agenda', *The Gerontologist* 2: 729-234.
- Andary, L.; Stolk, Y. & Klimidis, S. (2003)** *Assessing Mental Health Across Cultures*. Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press.
- Aronsson K. y Rundström B (1988)** 'Child discourse and parental control in pediatric consultations', *Text* 8: 159-84.
- Beisecker, A..E. (1989)** 'The influence of a companion on the doctor-elderly patient interaction', *Health Communication* 1 (1): 55-70.
- Bissell, P., May, C. R., y Noyce, P. R. (2004)** From compliance to concordance: Barriers to accomplishing a reframed model of health care interactions. *Social Science and Medicine*, 58 (4): 851-862.
- Burgoon, M., T. Birk y J. Hall. (1991)** 'Compliance and satisfaction with physician-patient communication. An expectancy theory interpretation of gender differences', *Human Communication Research* 18: 177-208.
- Cicourel, A. V. (1999)** "The interaction of cognitive and cultural models in health care delivery". In *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*, S. Sarangi y C. Roberts (eds), 183-224. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Comeau, T.B., Epstein, J.B y Migas, C. (2001)** 'Taste and smell dysfunction in patients receiving chemotherapy: a review of current knowledge', *Support Care Cancer* 9: 575-580.

- Cordella, M. (2003)** ‘En el corazón del debate: el análisis del discurso en la representación de las voces médicas’, *Oralia. Análisis del Discurso Oral* 6: 147-168.
- Cordella, M. (2004)** *The dynamic consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam: Benjamins. Pragmatics and Beyond Series.
- Cordella, M. (2007)** Unveiling stories to the oncologist: a matter of sharing and healing. *Panacea@: medicine and translation* 9 (26): 230-238.
- Cordella, M. (2008)** “Two experts and one patient: Managing medical practices and religious beliefs”. *MULP*, 6:19-28.
- Cordella, M. y Musgrave, M. (2009)** ‘Oral communication skills of international medical graduates: assessing empathy in discourse’, *Communication and Medicine* 6 (2): 129-142.
- Cordella, M. (en imprenta)** A triangle that may work well: Looking through the angles of a three-way exchange in cancer medical encounters. *Discourse and Communication*
- Coupland, N. y Coupland, J. (2000)** ‘Relational frames and pronominal address/reference: The discourse of geriatric medical triads’, In *Discourse and Social Life*, S. Sarangi y M. Coulthard (eds.), London: Pearson/Longman, 207–229.
- Drew, P. (2001)** ‘Spotlight on the patient’, *Text: An Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse* 21: 261–268.
- Ellingson, L.L. (2002)** The roles of companions in geriatric patient–interdisciplinary oncology team interactions. *Journal of Aging Studies* 16:361–382
- Erzinger, S. (1991)** “Communication between Spanish-speaking patients and their doctors in medical encounters”. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15: 91–110
- Fairclough, N. (1989)** *Language and Power*. London: Longman.
- Ferrara, K. (1992)** ‘The interactive achievement of a sentence: Joint productions in therapeutic discourse’, *Discourse Processes* 15: 207–228.
- Fisher, S. (1993)** “Doctor talk/ patient talk: How treatment decisions are negotiated in doctor–patient communication”. In *The Social Organization of Doctor–Patient Communication*, A. D. Todd y S. Fisher (eds), 161–182. Norwood, N.J.: Ablex.
- Fisher, S. y A. D. Todd (eds). (1983)** *The Social Organization of Doctor–Patient Communication*. Washington DC: Center for Applied Linguistics Press.
- Giddens, A. (1987)** *Social Theory of Modern Sociology*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.

- Gordon, H.S., Street, R.L. y Sharf, B.F. et al. (2006)** ‘Racial differences in doctors’ information-giving and patients’ participation’, *Cancer* 107(6):1313–1320.
- Greene, M.G., Majerovitz, S.D y Adelman, R.D. et al. (1994)** ‘The effects of the presence of a third person on the physician–older patient medical interview’, *J Am Geriatr Soc*; 42(4): 413–419.
- Hasselkus, B. (1994)** ‘Three-track care: Older Patient, Family Member, and Physician in the Medical Visit’ *Journal of Aging Studies* 8 (3): 291–307.
- Helman, C. G. (1994)** *Culture, Health and Illness: An Introduction for Health Professionals*, (3rd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann
- Ishikawa, H., Roter, D.L. y Yamazaki, Y.Hashimoto, H. y Yano, E. (2006)** ‘Patients’ perceptions of visit companions’ helpfulness during Japanese geriatric medical visits’, *Patient Educ Couns* 61 (1): 80–86.
- Ishikawa, H, Hashimoto, H. y Roter, D.L., Yamazaki, Y. y Takayama, T. (2005)** ‘Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient centeredness: an observational study in Japanese geriatric consultations’, *J Gen Intern Med* 20: 906–910
- Kerbrat-Orecchioni, C. (1997)** A multilevel approach in the study of talk-in-interaction. *Pragmatics* 7 (1): 1-20
- Labrecque, M.S., Blanchard, C.G. y Ruckdeschel, J.C. et al. (1991)** ‘The impact of family presence on the physician–cancer patient interaction’, *Soc Sci Med* 33 (11): 1253–1261.
- Lienard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J.; Etienne, A., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J.L. y Razavi, D. (2008)** ‘Factors that influence cancer patients’ and relatives’ anxiety following a three-person medical consultation: impact of a communication skills training program for physicians’, *Psycho-Oncology* 17: 488–496.
- Linell, P. y Luckmann, T. (1991)** ‘Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries’ In *Asymmetries in dialogue*, Marková I, Foppa K, (eds) Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf, 1–20.
- Mei-Hui Tsai (2007)** ‘Who gets to talk? An alternative framework evaluating companion effects in geriatric triads’, *Communication & Medicine* 4 (1) :37–49.
- Mishler, E. G. (1984)** *The Discourse of Medicine. Dialectics in Medical Interviews*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Roberts, C., Wass, V., Jones, J., Sarangi, S. y Gillett, A. (2003)** ‘A discourse analysis study of ‘good’ and ‘poor’ communication in an OSCE: a proposed new framework for teaching students’, *Medical Education* 37 (3): 192-201.

- Roter, D., Hall, J. y Katz, N. (1987)** 'Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall and impressions', *Medical Care* 25 (5): 437-451.
- Sacks, H., Schegloff, E. y Jefferson, G. (1974)** 'A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation', *Language* 50: 696-735.
- Schmidt, K.L., Lingler, J.H. y Schulz, R. (2009)** 'Verbal communication among Alzheimer's disease patients, their caregivers, and primary care physicians during primary care office visits' *Patient Education and Counseling* 77: 197-201.
- Stivers, T. y Heritage, J. (2001)** 'Breaking the sequential mold: Answering 'more than the question' during comprehensive history taking' *Text: An Interdisciplinary Journal for Discourse Research* 21: 151-185.
- Street, R.L. y Gordon, H.S. (2008)** 'Companion participation in cancer consultations', *Psycho-Oncology* 17: 244-251.
- Street, R.L. y Millay, B. (2001)** 'Analyzing patient participation in medical encounters', *Health Communication* 13(1): 61-73.
- Tates, K. y Meeuwesen, L. (2001)** 'Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature', *Social Science and Medicine* 52: 839-851.
- Tannen, D. (1984)** *Conversational Style: Analyzing Talk Among Friends*. Norwood, N.J.: Ablex.
- Tannen, D. y Wallat, C. (1983)** 'Doctor-mother-child communication linguistic analysis of a pediatric interaction', In *The social organization of doctor-patient communication*, Fisher S. y Todd A.D. (eds). Washington DC: Center for Applied Linguistics, 203-19.
- Ten Have, P. (1991)** 'Talk and institution: A reconsideration of the 'asymmetry' of doctor-patient interaction', In *Talk and Social Structure*, Boden, D. y Zimmerman, D. (eds.) Berkeley: University of California Press, 138-163.
- Van Dijk, T. A. (1996)** 'Discourse, power and access', In *Texts and Practices: Readings in Critical Discourse Analysis*, Caldas-Coulthard, C. R. y Coulthard, M. (eds), London: Routledge, 84-104.
- Van Dijk, T. A. (ed.) (1997a)** *Discourse as Structure and Process*. Discourse Studies : A Multidisciplinary Introduction . London: Sage.
- Van Dijk, T. A. (ed.) (1997b)** *Discourse as Social Interaction*. [Discourse Studies: A Multidisciplinary Introduction 2]. London: Sage.
- West, C. (1983)** "'Ask me no questions . . .': An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues', In *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, S. Fisher y A. D. Todd (eds.), Washington, DC: Center for Applied Linguistics, 75-106.
- Wodak, R. (ed.) (1989)** *Language, Power and Ideology: Studies in Political Discourse*. Amsterdam: John Benjamins.

- Wolf, K. H. (1950)** *The sociology of Georg Simmel*. New York: Free Press.
- Zimmerman, D. H. y West, C. (1975)** 'Sex roles, interruptions and silences in conversations' In *Language and Sex: Difference and Dominance*, Thorne, B. y Henley, N. (eds) Rowley, Mass.: Newbury House 105–129.

Nota biográfica



Marisa Cordella es doctorada en lingüística de la Universidad de Monash en Australia y profesora titular en lingüística del español. Es directora del departamento de Estudios Españoles y Latinoamericanos y líder de investigación del proyecto

'Connecting younger L2 learners and older bilinguals: Intergenerational, intercultural encounters and second language development' financiado por el prestigioso organismo de becas australianas, ARC (Australian Research Council).

<http://arts.monash.edu.au/language-and-society/milsp-2010-2012.php>

Los intereses de investigación y publicaciones está en las siguientes áreas: análisis del discurso, comunicación intercultural, comunicación médica y traducción. Es autora del libro: 'The dynamic consultation: A discourse analytical study of doctor-patient communication'. Para una seleccionada lista de publicaciones visite:

<http://arts.monash.edu.au/spanish/staff/mcordella-pubs.php>

Para mayor información visite la página web de Marisa Cordella

<http://arts.monash.edu.au/spanish/staff/mcordella.php>