



Discurso & Sociedad

Copyright © 2020
ISSN 1887-4606
Vol. 14(2) 309-334
www.dissoc.org

Artículo

**‘Amabilidad’, ‘atención’, ‘profesionalidad’.
Valores sociales atribuidos por el paciente a
su médico de cabecera y características de
imagen social**

*‘Kindness’, ‘attention’, ‘professionalism’.
Attributed social values to family doctors by
patients and characteristics of face*

Nieves Hernández Flores
Universidad de Copenhague

Resumen

Los cuestionarios de hábitos sociales a informantes pertenecientes a una comunidad cultural pueden aportar información relevante sobre valores e ideologías sociales de dicha comunidad. Este trabajo presenta los resultados de un cuestionario dirigido a una comunidad de práctica constituida por los pacientes de un centro de salud de atención primaria en un municipio de Galicia (España). El objetivo es confirmar la presencia de valores estudiados anteriormente en corpus naturales del español, como la confianza y el respeto, y obtener (mediante preguntas abiertas) información sobre los atributos que los pacientes valoran en sus médicos. Los resultados muestran que las competencias profesionales y sociales son apreciadas a partes iguales, siendo la comunicación un factor clave que aún a ambas. Se confirma la importancia de los valores de la confianza y el respeto, con rasgos específicos de acuerdo con las particularidades de este tipo de interacción de servicios. En el caso de la confianza, destacan los rasgos de cercanía y posibilidad de expresarse abiertamente vistos en otros trabajos, añadiéndose el significado social del confiar y creer en el buen hacer del médico. El respeto es asociado a la comunicación y a la cortesía, al tiempo que añade un enfoque hacia los rasgos humanos y personales del médico, como la ayuda y la preocupación por los pacientes. El conjunto de resultados obtenidos supone una base de conocimiento de las ideologías discursivas y sociales en esa comunidad cultural, lo cual puede ser de utilidad tanto para el establecimiento de premisas sobre características culturales de la imagen social como para el apoyo interpretativo del análisis de datos naturales desde la pragmática sociocultural.

Palabras clave: comunicación médico-paciente, imagen social, ideología social, cuestionarios de hábitos sociales.

Abstract

Questionnaires of social habits filled out by informants belonging to a cultural community can provide relevant information about social values and ideologies in such a community. This work presents the results of a survey in a community of practice comprising patients of a health care center in a village in Galicia (Spain). The purpose is to verify the mention of social values that have previously been studied in natural corpora in Spanish, such as 'confianza' and respect, and -by means of open-ended questions - to obtain information on the patients' assessments of the attributes they most value in their doctors. The results show that professional and social competences are valued by the informants as being equally important, and that communication skills are a key factor for achieving those competences. The importance of 'confianza' and respect is confirmed, with the addition of specific features that fit the particularities of this kind of service encounter. With respect to 'confianza', previously observed features, such as closeness and the possibility of talking openly, are mentioned by the informants, but the idea of trust in the doctor's good practices is added. The social value of respect is connected to good communication and politeness, but a focus on the doctor's human and personal traits - such as caring for the patients and helping them- is added. The results constitute a knowledge base of social ideologies in this cultural community. This information can be used for the establishment of research premises about the cultural features of face and for supporting the interpretation of sociocultural pragmatics analysis in natural data.

Keywords: doctor-patient communication, social ideology, face, social habits questionnaires.

Introducción

Las interacciones comunicativas entre hablantes pertenecientes a una misma comunidad cultural reflejan, al tiempo que construyen, identidades, valores y sistemas de creencias propios de esa comunidad. Así, la comunicación supone recrear y actualizar aspectos culturales conocidos y consensuados por sus miembros. El discurso es una expresión o reflejo de las ideologías de una comunidad, al tiempo que en su producción se (re)construyen continuamente esas ideologías. En el discurso médico, las interacciones comunicativas constituyen procesos en el micronivel, pero suceden dentro de un contexto social formado, en el macronivel, por estructuras sociales, de forma que las estructuras del macronivel influyen en el micronivel constituido por los procesos interpersonales, al tiempo que estos refuerzan aquellas (Waitzkin 1989).

En anteriores trabajos de análisis pragmático sociocultural de la interacción comunicativa en consultas médicas (Hernández Flores 2017, Hernández Flores y Rodríguez Tembrás 2018), se vio cómo se negocian y actualizan por medios discursivos ideologías en torno a la finalidad transaccional y social de la comunicación con el médico, lo cual incluye las necesidades de *imagen social* ('face') de los hablantes, vinculadas a los roles que desempeñan. En el presente trabajo, la investigación se centra en esta ideología subyacente en la comunicación, para indagar en la descripción y valoración que los propios miembros de la comunidad cultural hacen sobre la relación que mantienen con su médico de cabecera: cuáles son sus expectativas comunicativas, transaccionales y sociales cuando acuden a consulta, y qué valores atribuyen a su médico. El objetivo es obtener información en torno a la ideología presente en el discurso, profundizar en ella y utilizar esta información para sustentar la interpretación del análisis de corpus naturales. Para acceder a dicha información he recurrido a métodos de consulta, en concreto, a un cuestionario realizado a pacientes de un centro de salud en un núcleo rural del noroeste de España, mediante preguntas sobre comportamientos, tipo de relación y de trato personal, así como valores sociales, profesionales o personales preferidos.

Un estudio de estas características, por tanto, pretende obtener información de lo esperado, aceptado y valorado por comunidades culturales específicas, lo que supone una descripción de los sistemas de creencias subyacentes (Van Dijk 2006). Esta descripción puede ser usada para investigar tanto los constructos cognitivos y sociales en el discurso (uno de los objetivos

del Análisis Crítico del Discurso) como los contextos socioculturales que influyen en las interacciones comunicativas, y cuyo conocimiento es primordial para el análisis de la construcción de relaciones sociales en la interacción comunicativa (desde la perspectiva de la pragmática sociocultural, cf. Bravo 2009, 2015; Hernández Flores 2013), lo que se traduce en elaboración de hipótesis sobre los datos orales, y/o apoyo interpretativo del análisis (cf. Bravo 2009, 2015; Hernández Flores 2002).

En el presente artículo, por tanto, se comienza poniendo las bases teóricas sobre el tema de las ideologías en comunidades culturales para pasar, a continuación, a explicar la metodología empleada y a presentar los resultados de los cuestionarios. El trabajo se cierra con una discusión y presentación de futuras líneas de estudio.

Las creencias en las comunidades culturales

Van Dijk (2006, 117-120) establece una diferencia entre grupos sociales: los *grupos ideológicos* y las *comunidades culturales*. Los primeros son colectividades definidas por las prácticas sociales que realizan sus miembros y por una ideología compartida, mientras que los segundos se caracterizan por compartir *creencias* de naturaleza cognitiva, social y cultural, por lo que atañen a conocimientos, normas y valores generales, y son, por tanto, colectividades de dimensión mayor (Van Dijk 2006, 120).

En el caso de los grupos ideológicos, estos pueden o no estar institucionalizados. Entre los institucionalizados se encuentran los de tipo profesional, pues la organización colectiva permite “promover o proteger intereses y desarrollar las ideologías profesionales que apoyan sus actividades” (Van Dijk 2006, 120). Este sería el caso del gremio médico, el cual está constituido por personas que han recibido enseñanza superior en temas de salud con una determinada perspectiva científica y que, además, conocen y cumplen las directivas sanitarias oficiales sobre el desempeño de su actividad. Por su parte, los pacientes constituirían un grupo ideológico institucionalizado solo si están reunidos en una asociación, por ejemplo, de afectados por una determinada enfermedad, asociación que se posicionaría (mediante opiniones o acciones) ante la enfermedad en cuestión dentro de un marco social.

En el caso del grupo de pacientes que nos ocupa, el que acude a un centro de atención primaria a recibir un servicio ocasional, se caracteriza por su carácter social heterogéneo, por lo que no constituye un grupo ideológico institucionalizado. Sin embargo, el grupo comparte los conocimientos, actitudes

y valores sociales de su propia comunidad cultural, entre los que se encuentran los referentes a la actividad que están desarrollando, la de recibir atención sanitaria. El compartir prácticas sociales supone tener conocimiento sobre las condiciones espaciales y temporales de la consulta médica, la estructura en que se desarrolla, el tipo de temas hablados, el trato mutuo esperable entre los hablantes, o las tareas que se espera de cada uno de ellos. Los conocimientos compartidos se evidencian en cada consulta, dando lugar a situaciones ritualizadas, pero que al tiempo también son actualizadas o negociadas en cada momento comunicativo. Por ejemplo, doctor y paciente saben que hay un límite de tiempo fijado de antemano para cada consulta; sin embargo, en ocasiones, este se puede alargar o acortar, siendo una actualización o negociación de un hecho establecido. Es precisamente ese conocimiento común de los miembros de la comunidad cultural sobre lo esperable en situaciones comunicativas dadas lo que se busca obtener mediante su reflexión metasocial y metacomunicativa.

Las ideologías y conocimientos compartidos en situaciones de consulta médica han sido objeto de atención en los estudios de atención sanitaria para obtener información que pueda ser usada en la mejora de la comunicación para, de esta manera, lograr un tratamiento más efectivo. El enfoque de dichos estudios se sitúa, entre otros temas, en el manejo del tiempo, los eventuales problemas de comunicación que pueden surgir o el desarrollo de la consulta cuando interviene un acompañante del paciente (cf. López García Ramos, Martín, Jiménez, De Colosía Civantos y González 2009; Turabián, Minier-Rodríguez, Moreno-Ruiz, Rodríguez-Almonte y Cucho-Jove 2016). En este campo, los mecanismos de comunicación, los rituales y las expectativas de cómo debe desarrollarse el encuentro se desprenden de los resultados de entrevistas realizadas solo a médicos (por ejemplo, Pascual e Induráin 2008, Zolnierek y DiMatteo 2009), aunque en los últimos años se ha incorporado la perspectiva del paciente (véase Gerber 2013; Zenger, Schaefert, van der Feltz-Cornelis, Brähler y Häuser 2014).

La comunicación en consulta médica ha sido también extensamente analizada por la sociopragmática en relación con temas como las estrategias discursivas empleadas, las relaciones de poder, los roles desempeñados por los interactuantes, las estrategias de cortesía y la repercusión del comportamiento comunicativo de los hablantes en su respectiva *imagen social* (cf. Cordella 2002, Madfes 2003, Cepeda 2005, Hernández López 2009, Hernández Flores 2016). La imagen social (*face*) es un concepto psicosocial definido originalmente por Goffman (1967) como la autoestima que la persona posee de sí misma, la cual es tenida en cuenta por los hablantes en encuentros

comunicativos, lo cual da lugar a *actividades de imagen*, es decir, a comportamientos de cortesía, descortesía o autoimagen (Hernández Flores 2013). Las actividades de imagen realizadas por medios comunicativos no solamente apoyan la comunicación, sino que además configuran relaciones sociales entre los interlocutores de acuerdo con la situación en la que se encuentran. La imagen social es de tipo *básico* cuando se define por rasgos sociales propios de la comunidad cultural, pero además se vincula a otra categoría de identidad social, la de *rol* (Bravo 1999, 2002), lo que puede comprender rasgos sociales definitorios de la persona (como el sexo o la edad), rasgos que aparecen solo en determinadas situaciones comunicativas (como la actividad profesional), o rasgos de acuerdo con el comportamiento discursivo desarrollado (ligado al desempeño de actos comunicativos, como el aconsejador y el aconsejado en una situación de consejo). El rol se relaciona con la imagen social al acoplarse sus características a las de la imagen, dando lugar a la *imagen del rol* (Bravo 1999, 2002; Hernández Flores 2002), cuyas características son parte del conocimiento compartido por la comunidad. Por ejemplo, un rasgo definitorio esperado en la imagen del rol de médico sería un comportamiento tan general como *mostrar interés por el paciente*, y en la del rol de paciente, el *escuchar las indicaciones del médico*. Sin embargo, estas características, que seguramente sean compartidas por las diferentes comunidades culturales, también pueden tener rasgos particulares, por ejemplo, en cuanto a cómo se caracteriza en una determinada comunidad el interés del médico por el paciente en términos de proximidad o distancia social, un aspecto en el que puede haber variación cultural (cf. Hernández-López 2011). A la vista de la presencia de las ideologías sociales en el habla, y a la hora de emprender el análisis de comportamientos comunicativos en interacciones reales, en la pragmática sociocultural es, por tanto, relevante partir de unas premisas de investigación sobre cuáles, y cómo, son los valores de dicha comunidad. Para ello el método de consulta aporta información para la elaboración de premisas en torno a estos supuestos culturales, por ejemplo, mediante el *test* o *cuestionario de hábitos sociales* (Hernández Flores 2002, Murillo Medrano 2005; Bernal 2007, entre otros), un tipo de cuestionario que ha permitido llegar a descripciones completas, por suponer una fuente de información de lo que constituye el denominado *contexto del usuario ideal*, (Bravo 2009: 38). Según Bravo (2015), el contexto del usuario ideal alude a los conocimientos establecidos en una comunidad sociocultural, los cuales se construyen con el uso habitual: la experiencia cotidiana, la experiencia comunicativa y la experiencia social. El *usuario ideal* es un agente social que de modo habitual

usa la comunicación para dar significado a sus experiencias del mundo, por tanto, el *contexto del usuario ideal* está cargado de valores compartidos en la comunidad sociocultural, es decir, las creencias de naturaleza cognitiva, social y cultural que atañen a conocimientos, normas y valores generales de dicha comunidad (Bravo 2015: 54). De esta manera, el análisis pragmático sociocultural de interacciones reales se ve apoyado por las descripciones de la ideología subyacente a interacciones concretas.

Es con esta intención de acceder al contexto del usuario ideal en una comunidad cultural en el contexto médico y, de esta manera, a la ideología discursiva y social de la comunicación en dicho contexto, que se presentan los resultados del cuestionario explicado a continuación.

Metodología y datos

Los datos empleados para este estudio están extraídos de un cuestionario completado por 148 pacientes en un centro de atención primaria de un municipio de unos 10.000 habitantes en la región de Galicia, España (de Oliveira y Hernández Flores 2014). Esta encuesta es parte de un estudio sobre la comunicación médico-paciente dentro del proyecto interdisciplinar UC-Care (Universidad de Copenhague, 2013-2016, número de archivo 514-0033/194000). Con la autorización del Consejo Ético de Galicia y del propio centro médico, en mayo de 2014, y durante una semana, se grabaron consultas, se entrevistó a médicos y gerentes y se distribuyó entre los pacientes el cuestionario del presente trabajo. El formulario era entregado por los médicos a sus pacientes al finalizar la respectiva consulta, y una vez rellenado en la sala de espera, devuelto en mano por estos. La consulta es anónima y solo contiene datos personales básicos de los encuestados. Los datos sociológicos son los siguientes:

El sexo: 65,54% de mujeres y 34,45% de hombres.

La edad: 41,21% tienen edades comprendidas entre los 31 y los 50 años; 22,97% entre los 51 y los 65 años; 20,94% son mayores de 65 años y 14,86% están entre los 18 y los 30 años.

La profesión: un 25,00% está dentro del sector servicios, 21,62% son jubilados y 10,81% son amas de casa.

La lengua empleada con el médico durante la consulta: 43,91% de los informantes-pacientes dicen usar el gallego; 29,05%, el castellano; y 27,02% afirman usar ambas.

El formulario (ver anexo) contiene 21 preguntas breves: de respuesta afirmativa/negativa, abiertas, y de explicación o profundización sobre la respuesta dada. Las preguntas giran en torno a los diversos temas del proyecto de investigación, yendo de lo más general (temas como la facilidad de la comunicación con el médico o el uso de estrategias de negociación y argumentación en el momento de recibir la prescripción) a lo más particular (las formas de tratamiento pronominal utilizadas). Sin embargo, para mi propia investigación las preguntas más relevantes son aquellas de las que se podía extraer información sobre modelos de comunicación y valores sociales preferidos durante estos encuentros. La información extraída es discutida en relación con los resultados de estudios sociopragmáticos previos y, en concreto, con la descripción de rasgos sociales atribuidos a la imagen social de la comunidad cultural española, tales como el valor de la *confianza* (Bravo 1996, 1999; Hernández Flores 2002; Bernal 2007, entre otros) y el de *respeto* (Hernández Flores 2002).

Análisis

Valores atribuidos por el paciente a su médico

Las características del médico más valoradas por los pacientes aparecen en las respuestas a la pregunta final del cuestionario, *¿Qué valora más de su médico?*, en las cuales se incide tanto en valores profesionales como sociales y personales.

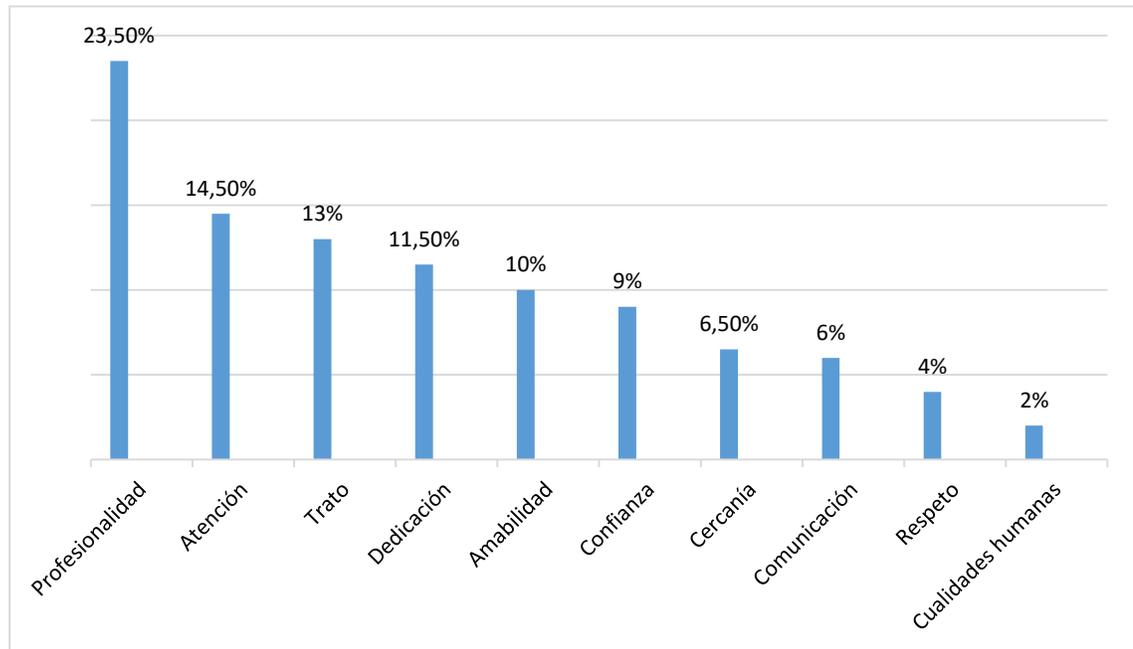


Gráfico 1. Valores atribuidos por el paciente a su médico

Como se comprueba en el gráfico 1, el valor más mencionado es el de *profesionalidad* (a veces expresado también como *competencia médica*, *capacidad*, *eficiencia*, *formación* o *conocimientos*). El hecho de destacarse esta cualidad confirma el discurso en torno al médico como profesional con base científica y utilidad pública, el prestigio social de que goza la medicina moderna (Salvador, Macián y Marín 2013), y el prestigio y poder otorgado a los profesionales que ejercen la medicina (Figueras y Bañón 2015). Se menciona seguidamente la *atención*, referida tanto a la asistencia médica recibida como a la actitud considerada del médico hacia el paciente. Estos dos rasgos no se evidencian en la simple mención de las respuestas de los informantes (*atención*), pero algunas veces aparece en relación con el trato social (*exquisita atención*, *atención porque me escucha*) y otras con el tratamiento sanitario (*buen atención*, *atención médica*). No obstante, en encuentros médicos es seguramente irrelevante separar los dos componentes (social y profesional) del valor social que constituye la atención, pues ambos se interrelacionan.

Otros valores remiten a la cortesía (el *trato* y la *amabilidad*) o son de índole más personal, como la *dedicación*. Esta última es una categoría que recoge menciones como *el tiempo dedicado al paciente*, *la disponibilidad*, *la ayuda*, *el consejo*, *el interés*, *la preocupación*, *las muestras de humanidad*, *la*

comprensión, el dar seguridad o la empatía. Esto supone que a las cualidades profesionales se añaden las humanas, de hecho, algunas de ellas se refieren explícitamente a la personalidad del médico: *humildad, llaneza y personalidad.* Son características personales y comportamientos que van más allá del *cumplimiento* esperable en la profesión, y que posiblemente sean de carácter cultural.

Por otra parte, se destacan los valores de la *confianza* y la *cercanía* con el médico, los cuales son mencionados por separado (solo en dos respuestas se mencionan juntos). Como es sabido, el término *confianza* puede significar en español la seguridad que se tiene en una persona, pero también la cercanía social con esta. Con esta segunda acepción, la confianza ha sido estudiada como un componente social muy valorado en la comunidad cultural española (y en otras hispanohablantes), siendo la familia el marco ideal para conseguirla (cf. Bravo 1999, Hernández Flores 2002, Bernal 2007, entre otros), lo que le otorga a la interacción médico de cabecera-paciente una particularidad que la diferencia de otros tipos de interacción de servicios en general, o médica en particular, y la asemeja con las relaciones familiares.

Por otra parte, valores esperables en el contexto médico como la capacidad de comunicar del doctor y el respeto por el paciente no son prioritariamente mencionados, aunque como veremos en otros gráficos de resultados, están presentes en las opiniones de los informantes.



Gráfico 2. Tipos de competencias valoradas por el paciente en su médico

En el gráfico 2 se han reunido los valores anteriormente mencionados para mostrar la importancia dada por el paciente informante a las tres competencias reflejadas en su respuesta: la social, o más bien, psicosocial (que recoge los factores de trato, dedicación, amabilidad, respeto, confianza y humanidad) fue mencionada por el 50,9% de los informantes; la *profesionalidad*, agrupada con la *atención* cuando esta se refiere explícitamente a la atención profesional médica, fue mencionado por el 41,2%; por su parte, la comunicación fue citada por el 7,7% de los informantes.

Valores en la relación médico-paciente según el paciente: la confianza

Los gráficos que se presentan a continuación recogen las respuestas en torno a la relación con el médico, con un enfoque en la importancia otorgada a la *confianza* y al *respeto*, valores destacados en estudios de interacciones en comunidades culturales de habla española, como se ha mencionado antes. Por tanto, se trata de preguntas de comprobación sobre la importancia que les dan los informantes, y de profundización en sus características.

La confianza interpersonal ha sido señalada como una característica de la imagen afiliativa española cuya principal representación se encuentra en las relaciones entre familiares y amigos, pero que ha sido identificada también en relaciones profesionales. Para evitar la asociación del término *confianza* únicamente con su acepción de 'seguridad en la persona', la pregunta empleada reunió el término con la acepción de 'cercanía'. El gráfico 3 recoge las respuestas a la pregunta: *¿Es importante que se cree entre el médico y usted una relación de cercanía y confianza?*

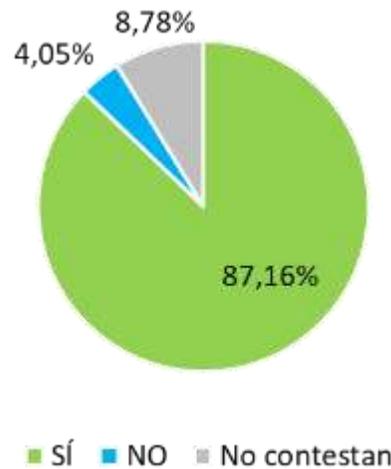


Gráfico 3: Importancia dada a la existencia de una relación de cercanía y confianza entre médico y paciente.

Como vemos en la consulta médica la confianza y cercanía con el médico son importantes para el 87,16% de los informantes, mientras que solo el 4,05% dice que no tiene importancia (el 8,7% no contesta).

Una información más completa sobre el valor dado a la confianza la obtenemos con la siguiente pregunta dirigida a los que contestaron afirmativamente: *¿Por qué (es importante que se cree una relación de confianza con el médico)?*

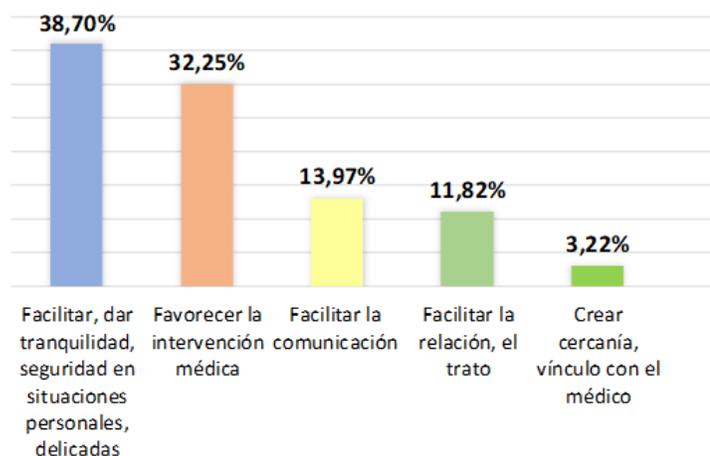


Gráfico 4. Funciones de la relación de cercanía y confianza.

Los datos muestran el carácter instrumental que los pacientes otorgan a una relación de confianza con el médico, pues la razón propia de las relaciones familiares o próximas es citada solo por el 3,22%: *crear cercanía y vinculación* o, en palabras de uno de los tres informantes que eligieron esta opción: tener una relación con el médico “como si fuera un familiar”. Por el contrario, la mayoría de los pacientes vincula la relación de confianza con la propia situación sanitaria, bien con una función instrumental o transaccional, pues facilita el objetivo del encuentro (32,25%), bien con los estados emocionales asociados a esa situación (38,70): *intranquilidad, inseguridad*, o incluso *miedo*, son los mencionados. Conectado con ello se pueden mencionar las respuestas del 13,97 % que pone el enfoque en la comunicación. Por tanto, hay una relación de este factor social con el rol desempeñado en la situación comunicativa: el de paciente. Por otra parte, este enfoque en la comunicación también puede asociarse con la característica comunicativa que presentan las relaciones de confianza en la comunidad cultural española: la de hablar libre y abiertamente (cf. Bravo 1996, Hernández Flores 2002). Por último, la asociación de la confianza con una mejor relación y trato (11,82%) señala el componente cortés necesario para conseguir una interacción satisfactoria.

En otro orden de cosas, con vistas al análisis de interacciones reales en consultas médicas, es relevante ahondar en los comportamientos y actitudes que se asocian con la confianza, de ahí la pregunta: *¿Cómo se ve que hay confianza?* El gráfico 5 muestra dos bloques mayoritarios de respuestas, uno sobre la *relación* y el *trato personal* y el otro sobre la *comunicación*. Las razones de índole profesional (recibir un buen tratamiento médico) y personal (obtener la preocupación del facultativo) son menos mencionadas.

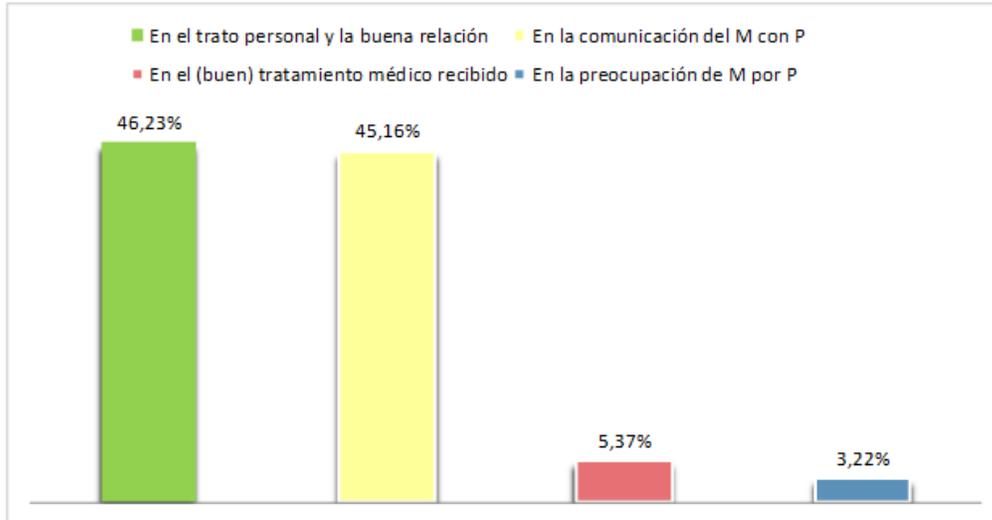


Gráfico 5. Comportamientos y actitudes de cercanía y confianza.

A la hora de calificar el *trato personal*, los informantes eligen adjetivos asociados con la cortesía como *trato bueno* y *amable*, pero también con los que definen una relación de confianza: *distendido, cálido, sencillo* y *como familiar*. No obstante, destaca que en este tipo de comunicación se excluye el *tomarse confianzas*, por ejemplo, bromeando con el médico. Con respecto a la comunicación, algunos informantes se centran en el papel del doctor: *escuchar (con interés), tener en cuenta al paciente, hablar con claridad, hablar abiertamente, hablar con sensatez, e informar*; otros se centran en el paciente: *poder exponer dudas y poder hablar claro con el médico, sin reparos*, una característica comunicativa propia también de vínculos de confianza.

Valores en la relación médico/paciente según el paciente: el respeto del médico por el paciente

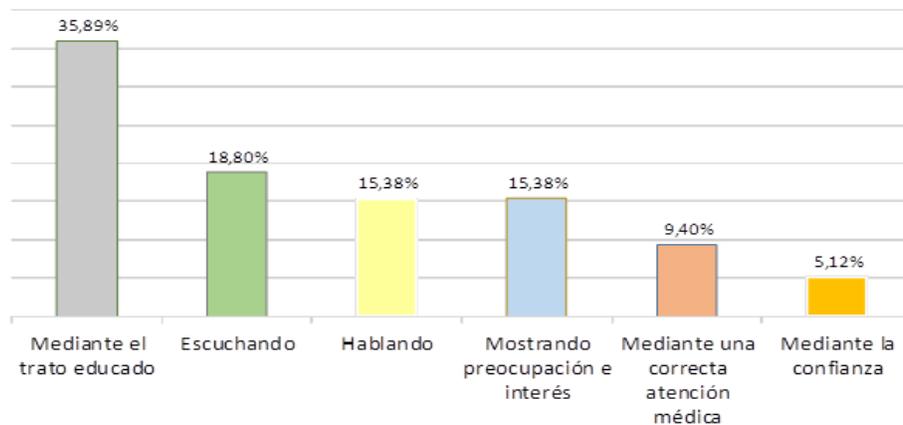


Gráfico 6. Comportamientos y actitudes de respeto del médico al paciente

Otro valor social que acompaña los intercambios comunicativos, y, por tanto, esperable en la interacción médico-paciente, es el del respeto. La pregunta *¿Cómo muestra su médico respeto por usted?* trata de profundizar en qué comportamientos y actitudes identifica el paciente como señal de respeto por parte de su médico. El interés de estudio no es, por tanto, el de determinar factores sociales de dominación como los de jerarquía y poder, donde el estatus social que posee el médico sería el detonante de muestras de respeto por parte de su paciente, sino que, siguiendo enfoques de la sanidad moderna, parte de una relación más igualitaria donde es esperable que el médico también presente respeto hacia el paciente. En qué consiste exactamente este respeto en esta comunidad cultural es lo que se trata de dilucidar mediante las respuestas.

Como se ve en el gráfico 6, el respeto se asocia en primer lugar con la cortesía (el trato educado), lo cual, en palabras de los informantes, incluye, además de *la educación y la cortesía*, actitudes de *atención, amabilidad, cordialidad y corrección*. Las dos siguientes menciones (*escuchar y hablar*) tienen que ver con el tipo de comunicación que el paciente identifica como respetuosa por parte de su médico; en concreto, bajo el epígrafe *escuchar* se matiza: *escuchar con atención, con interés o valorando lo que dice el paciente*; bajo *hablar* se recogen comportamientos comunicativos como *preguntar, explicar y hablar con sinceridad*. Otro comportamiento asociado con el respeto es el de mostrar preocupación e interés tanto por el paciente como por la familia de este, lo que

en concreto se traduce en interés por sus *necesidades*, por hacerle sentirse *cómodo* y por *ayudarle*. Finalmente, la función más instrumental del respeto, la identificada con la correcta atención médica, es decir, la obtención de un buen servicio profesional, no es tan mencionada (9 veces, el 4% de los informantes), manteniéndose entonces el enfoque en aspectos comunicativos y sociales. Por otra parte, cabe destacar que un tipo de comportamiento respetuoso que se esperaría del médico a su paciente como *respetar* el derecho a decidir del paciente (el régimen de visitas, su tratamiento) no es mencionada. Sobre este aspecto volveré en la discusión final.

Para contar con más criterios a la hora de valorar el concepto de *respeto* que manejan los pacientes, se plantearon dos preguntas más: *¿algún médico en alguna ocasión le ha mostrado falta de respeto?* y *¿qué dijo o hizo para que usted viera que le habían mostrado falta de respeto?* Los gráficos 7 y 8, respectivamente, muestran las respuestas.

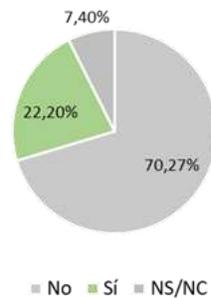


Gráfico 7. Casos de falta de respeto del médico al paciente

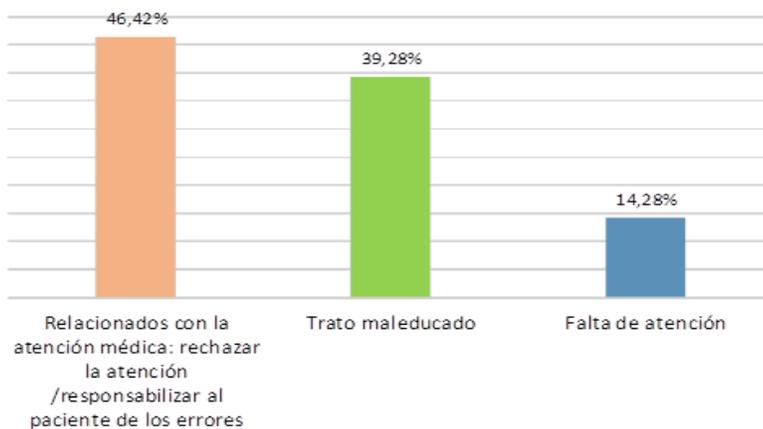


Gráfico 8. Comportamientos y actitudes de falta de respeto del médico al paciente

Son mayoría (gráfico 7) los pacientes que no han sentido falta de respeto por parte de un médico (70,27%). El 22,20% que sí lo ha sentido lo atribuye o bien a la falta de atención médica, o bien a un trato maleducado. Unos pocos mencionan la falta de atención personal, es decir, la muestra de desinterés por parte del médico. En el caso de la falta de atención médica se menciona el rechazo a atender al paciente y/o el responsabilizarle de errores en el tratamiento.

Las formas lingüísticas empleadas y su significado social: las formas de tratamiento (tú/usted)

En un enfoque microdiscursivo, el uso de formas de tratamiento pronominal permite ahondar no solo en cuestiones como la existencia de jerarquías o los instrumentos de poder en la comunicación, sino también en los valores socioculturales que pueden condicionar su uso.

En el gráfico 9 se recogen las tendencias de uso de los pronombres de tratamiento *tú* y *usted*, resultados que recogen las respuestas a tres preguntas: *¿Trata a su médico de cabecera de tú o de usted?*; *¿Cuando habla con otro médico que no es el suyo, ¿le trata de tú o de usted?*; y *¿El médico le trata de tú o de usted?*

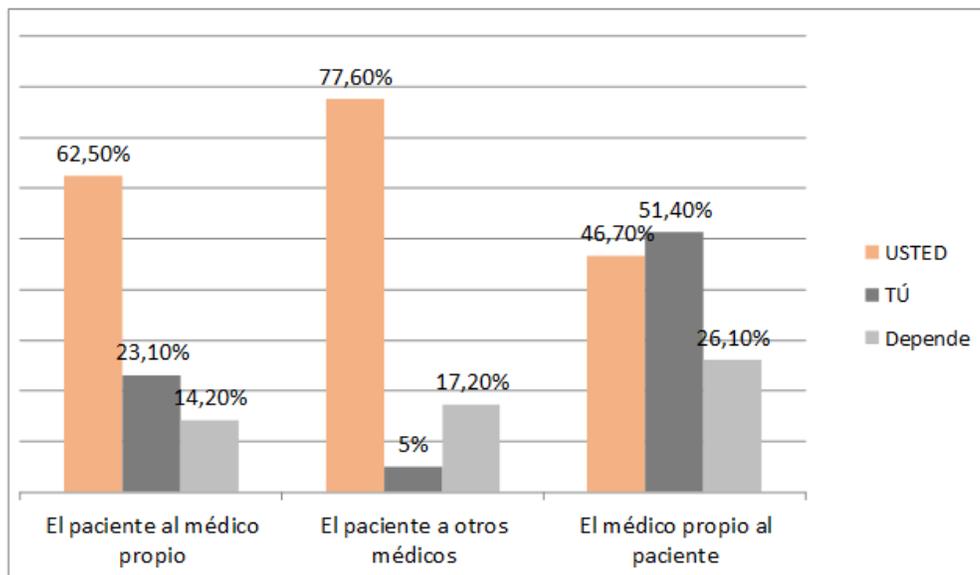


Gráfico 9. Tendencias de uso de formas de tratamiento en la interacción con el médico de cabecera (tú/usted).

El resultado más llamativo es la falta de reciprocidad en el tratamiento entre médico y paciente: el *usted* es mayoritariamente usado por los pacientes con su médico propio (62,5%), mientras que, según los informantes, solo el 46,7% de los médicos tratan de *usted* a sus pacientes, lo que puede explicarse por cuestiones tradicionales de jerarquía, quizás fomentadas por la pertenencia a un entorno rural y la edad de los pacientes (la mayoría es mayor de 50 años). En el caso de tratar con otros médicos, el uso de *usted* es aún superior, 77,6%, posiblemente por un mayor desconocimiento interpersonal, es decir, un aumento de la distancia social.

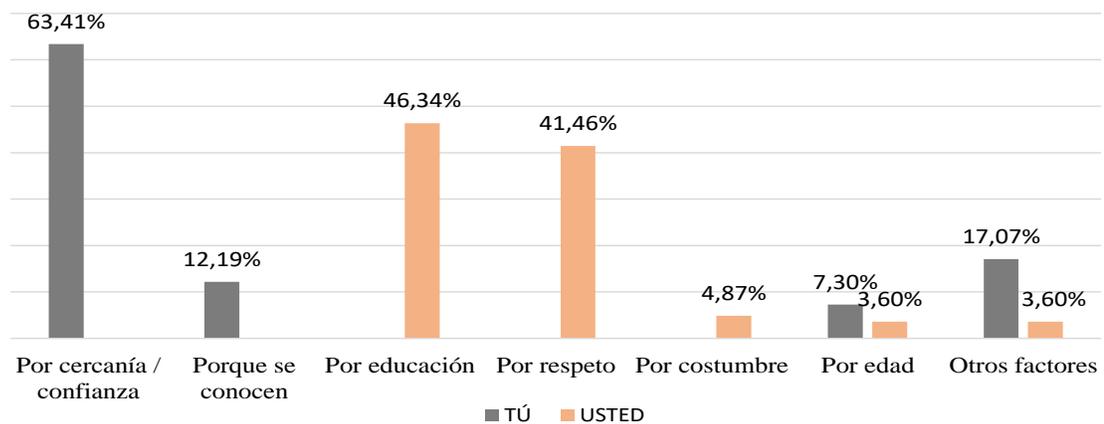


Gráfico 10. Razones de preferencia de formas de tratamiento con el médico (tú/usted).

A la hora de explicar el porqué de su elección de forma de tratamiento al médico (*¿Por qué lo hace?*, gráfico 10), el informante que usa *tú* menciona como factor determinante la existencia de una relación de cercanía o confianza con el médico (63,41%), lo que en la comunidad cultural española puede significar, además de una creencia en el buen hacer de este, una cercanía social que posibilita hablar abiertamente; por el contrario los que se decantan por el *usted* lo hacen principalmente por cumplir una norma social, *por educación*, 46,34%, y en función de otro valor social: *por respeto* (41,46%), lo que puede

entenderse tanto como una actitud deferencial hacia una persona que ostenta un estatus social elevado debido a que posee estudios o conocimientos.

La comunicación con el médico

El último apartado tiene que ver con la facilidad de la comunicación en la consulta (*¿Es fácil para usted hablar con su médico?*), siendo mayoría los hablantes (87,16%) que la consideran satisfactoria, frente al 4,05% que afirma que depende, y solo un 0,67% que no está conforme. El 8,10% no sabe o no contesta.

Al adentrarnos en los factores que facilitan esta comunicación (*¿Por qué?*) se obtuvieron 64 menciones cuyas estadísticas se exponen en el gráfico 11.

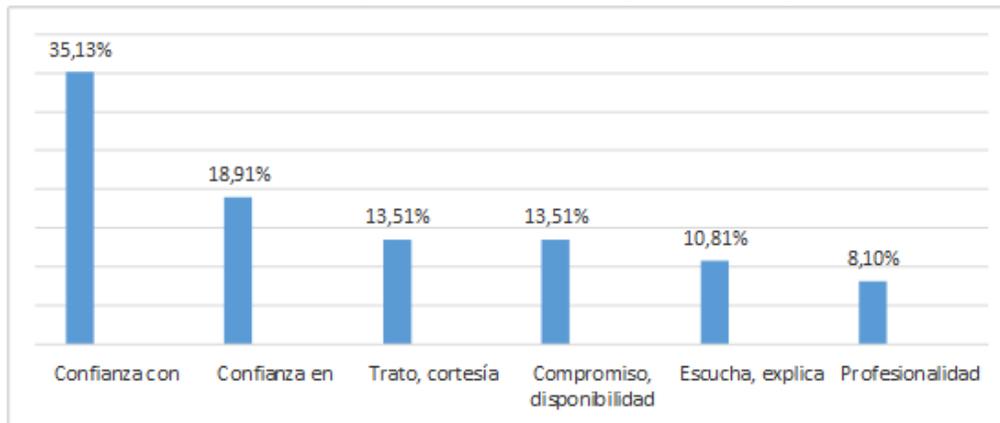


Gráfico 11 Factores que facilitan la comunicación con el médico

La comunicación es facilitada gracias a la existencia de una relación cercana de confianza con el médico en el 35,13% de las opiniones, lo que confirma la característica ya identificada en trabajos empíricos de la posibilidad de hablar abiertamente. En segundo lugar, aparece de nuevo el valor de la confianza (18,91%), pero en este caso referido a que el médico sea *de fiar*, lo que supone un interesante punto de partida para la discusión sobre lo que significa la confianza *con* el médico (la relación de cercanía y familiaridad) y la confianza *en* el médico (el crédito otorgado por el paciente a las cualidades profesionales de este, y por extensión de la medicina que ejerce). Los demás factores se encuentran bastante igualados en cuanto a menciones: el 13,51% consideran que la comunicación se facilita si hay buen trato o cortesía; el mismo porcentaje que menciona el compromiso y la disponibilidad del doctor, es decir, una

actitud profesional que es responsabilidad de este; el 10,81% la escucha del médico al paciente, es decir, el involucrarle en la comunicación escuchando lo que tenga que decir, y también explicándole lo necesario; finalmente es mencionada la profesionalidad (8,10%), entendiéndose que facilitar la comunicación es una propiedad de un buen facultativo.

Conclusiones

Los resultados de este cuestionario han aportado información sobre la ideología discursiva y social de una comunidad de práctica, información de utilidad para entender el comportamiento de los hablantes en el análisis de corpus naturales en esa misma situación comunicativa. Desde un punto de vista metodológico, es interesante constatar que se pueden extraer estimaciones socioculturales tanto de preguntas cerradas sobre un determinado valor (por ejemplo, la confianza o el respeto), como de preguntas abiertas sobre expectativas y comportamientos sociales y comunicativos en esa situación comunicativa, como es el caso de la elección de tú o usted al dirigirse al médico. No obstante, hay que reconocer que la mención a la confianza y al respeto en las preguntas cerradas puede haber condicionado su aparición en las respuestas de los informantes a preguntas abiertas, lo que supondría un sesgo de los resultados. Otra limitación de los resultados es que solo una de las partes de la interacción (los pacientes) son consultados. Sería interesante contrastar la información obtenida con las opiniones de los médicos sobre los mismos temas. No obstante, el objetivo del trabajo no ha sido comparar los posibles diferencias o parecidos en las respuestas de acuerdo con los roles de los participantes, sino valores generales considerados en esa situación.

Los valores y comportamientos mencionados en las respuestas, así como sus características, coinciden con los descritos por estudios de pragmática sociocultural en comunidades de habla hispana, en concreto los valores de la confianza y el respeto, identificados especialmente en la interacción familiar, lo que muestra que no son exclusivos de esa situación comunicativa. Estos valores han sido considerados como características de la imagen social, y su aparición en la interacción comunicativa ha sido demostrada en estudios anteriores mediante el análisis de corpus naturales en diferentes contextos. Por otra parte, en el contexto médico aparecen también características particulares no descritas anteriormente.

Es el caso del valor de la confianza, que puede referirse tanto a la cercanía social con el médico (lo que lo asemeja a la confianza de relaciones familiares),

como a la creencia y fe en las facultades profesionales y humanas de este. La confianza en este contexto tiene la peculiaridad de su "utilidad" para la situación en que se encuentra el paciente: favorecer la obtención de un servicio médico y mejorar su estado emocional. Este enfoque en lo socioemocional, de hecho, es constatado en la importancia que otorgan los informantes a las competencias sociales del doctor, de igual importancia que el valor que se supondría como principal: su profesionalidad. Como tercer elemento en este orden de valores, la comunicación sirve de bisagra entre las competencias profesionales y sociales.

Relacionado con ello, es de destacar algunas respuestas que van más allá de la competencia social esperable en alguien que ejerce la profesión de médico, yendo la opinión del informante hacia aspectos personales y humanos no necesariamente requeridos para el buen ejercer de la profesión, como el hecho de dedicar tiempo extra al paciente, la disponibilidad, la ayuda, el consejo, la preocupación por este, así como a rasgos de su personalidad como el ser humilde, llano y tener personalidad.

Como rasgo también con marcado componente cultural, al tiempo que relacionado con la situación comunicativa bajo estudio, está el del respeto que recibe el paciente de su médico, el cual es percibido por aquel en la comunicación (cómo le habla el médico y cómo le escucha) y con el trato cortés, al tiempo que también se relaciona con rasgos humanitarios: el respeto percibido en la *preocupación* y el *interés* por su persona, rasgo de carácter cultural no necesariamente compartido por otras comunidades culturales, donde si bien es esperable que el respeto tenga una importancia social, puede no referirse a lo mismo. En concreto, el respeto de la moderna relación médico-paciente se asocia principalmente con la aceptación por parte del médico de que el paciente tiene la última palabra en cuanto a seguir un tratamiento, una aceptación que no es mencionada por los informantes de este cuestionario; de hecho, un 64,86 se muestra partidario de que el tratamiento lo decida unilateralmente el doctor (frente al 31,08% que prefieren que sea consensuado por este y el propio paciente), lo que corrobora la confianza que el paciente pone en su médico.

La exploración de estos valores sociales y su aparición en las actividades de imagen de interacciones reales será objetivo de investigación de futuros trabajos.

Apéndice

ENCUESTA SOBRE LA COMUNICACIÓN DE MÉDICOS Y PACIENTES

La encuesta es anónima y se va a usar dentro de un estudio universitario. Por favor, le rogamos que responda a las preguntas de la forma más sincera posible.

- Sexo: Hombre ____ Mujer _____
- Edad: 18-30: ____ 31-50: ____ 51-65: ____ Mayor de 65: ____
- Profesión (actual o anterior) _____
- ¿En qué lengua habla usted con el médico durante la consulta?
Gallego _____ Español _____ Ambas _____
- ¿Cuánto tiempo aproximado suele durar la consulta?
Menos de 5 minutos ____ 5-10 minutos ____ 10-15 minutos ____
15-25 minutos _____
- ¿Le parece suficiente?
Sí ____ No ____
Si ha respondido NO: ¿para que necesitaría más tiempo?
- Cuando le van a poner un tratamiento:
 - Prefiere que el médico lo decida
 - Prefiere que el médico y usted decidan juntos qué es más conveniente
- En cuanto a los medicamentos:
 - prefiere que el médico no le mande medicina
 - prefiere que el médico le recete algo
- Si el médico no quiere darle medicina, ¿intenta convencerle para que se la dé?
- Si la respuesta es SÍ, ¿qué le dice para convencerle?
- ¿Trata a su médico de cabecera de *tú* o de *usted*? Tú ____ Usted ____
Depende ____
- ¿Por qué lo hace?
- Cuando habla con otro médico que no es el suyo, ¿le trata de *tú* o de *usted*?
Tú _____ Usted _____ Depende _____
- ¿Por qué lo hace?
- ¿El médico le trata de *tú* o de *usted*? Tú _____ Usted _____
Depende _____
- ¿Esta es la forma que usted prefiere? Sí _____ No _____
- ¿Es importante que se cree entre el médico y usted una relación de cercanía y confianza?
Sí _____ No _____
- ¿Por qué?
- ¿Cómo se ve que hay confianza?
- ¿Es fácil para usted hablar con su médico? Sí ____ No ____ Depende _____

- ¿Por qué?
- ¿Cómo muestra su médico respeto por usted?
- ¿Algún médico en alguna ocasión le ha mostrado falta de respeto? Sí ____ No ____
- ¿Qué dijo o hizo para que usted viera que le habían mostrado falta de respeto?
- Finalmente, ¿qué valora más de su médico?

Muchas gracias por su participación.

Referencias

- Bernal, M. (2007).** *Categorización sociopragmática de la cortesía y de la descortesía. Un estudio de la conversación coloquial española.* Tesis doctoral. Stockholm: Stockholms universitet.
- Bravo, D. (1996).** *La risa en el regateo: Estudio sobre el estilo comunicativo de negociadores.* Tesis doctoral. Stockholm: Stockholms universitet.
- Bravo, D. (1999).** “¿Imagen ‘positiva’ vs. imagen ‘negativa’? Pragmática socio-cultural y componentes de face”, *Oralia* 2, 155-184.
- Bravo, D. (2002).** “Actos asertivos y cortesía: Imagen del rol en el discurso de académicos argentinos”. En Bravo, D. y Placencia, M.E. (Eds.) *Actos de habla y cortesía en el español*, pp. 141-174. Múnich: Lincom Europa.
- Bravo, D. (2009).** “Pragmática, sociopragmática y pragmática sociocultural del discurso de la cortesía: una introducción”. En D. Bravo, N. Hernández Flores y A. Cordisco (Eds.) *Aportes pragmáticos, sociopragmáticos y socioculturales a los estudios de la cortesía en español*, pp. 219-249. Estocolmo/Buenos Aires: Programa EDICE-Dunken.
- Bravo, D. (2015).** “Pragmática sociocultural para el análisis social del discurso. Actividades de imagen como estrategias argumentativo-discursivas en situación de testimonio judicial”. En Bravo, D. y Bernal, M. (Eds.) *Perspectivas sociopragmáticas y socioculturales del análisis del discurso*, pp. 49-90. Estocolmo/Buenos Aires: Programa EDICE-Dunken.
- Cepeda, G. (2005).** “Cortesía, imagen social y aceptación del mensaje terapéutico. Modalización en el discurso de entrevista clínica”, en D. Bravo (Ed.) *Estudios de la (des)cortesía en español*, pp. 163-187. Estocolmo/Buenos Aires: Programa EDICE/Dunken.
- Cordella, M. (2002).** “La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional”, *Onomazein*, 1(7), pp. 117-144.
- Figueras, C. y Bañón, A. (2015).** “Seminario Discurso y Salud. Presentación y discusión”, *Discurso* 9, pp. 129-137.

- Gerber, B. (2013).** *Identity and discourse: A critical philosophical investigation of the influence of the intellectual self-image of the medical profession on communicatively effective care to patients.* Tesis doctoral. Stellenbosch: Stellenbosch University.
- Goffman, E. (1967).** *Interactional Ritual: Essays in Face-to-Face Behaviour.* New York: Pantheon Books.
- Hernández Flores, N. (2002).** *La cortesía en la conversación española de familiares y amigos; la búsqueda del equilibrio entre la imagen del hablante y la imagen del destinatario.* Tesis doctoral. Aalborg: Institut for Sprog Internationale Kurturstudier, Aalborg universitet, vol. 37.
- Hernández Flores, N. (2013).** "Actividad de imagen: caracterización y tipología en la interacción comunicativa", *Pragmática Sociocultural / Sociocultural Pragmatics* 1 (2), pp. 175-198.
- Hernández Flores, N. (2016).** "Modalidad y direccionalidad del efecto social en la interacción hablada. Una discusión e ilustración de actividades de imagen en la interacción médico-paciente" en D. Dumitrescu y D. Bravo (Eds.) *Roles situacionales, interculturalidad y multiculturalidad en encuentros en español* (pp. 193-211). Buenos Aires/Los Ángeles: Dunken /Academia Norteamericana de la Lengua.
- Hernández Flores, N. (2017).** "El papel del acompañante en la consulta médica de atención primaria. Roles y efectos sociales", *Oralia* 20, pp. 179-201.
- Hernández Flores, N. y Rodríguez Tembrás, V. (2018).** "Lo que se debe hacer es cambiar un poco el estilo de vida'. Estrategias de atenuación en el consejo médico", *Spanish in Context*, 15 (2), pp. 325-345.
- Hernández-López, M. (2009).** *La gestión de las relaciones interpersonales en la interacción médico-paciente: estudio contrastivo inglés británico-español peninsular.* Tesis doctoral. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Hernández-López, M. (2011).** "Negotiation strategies and patient empowerment in Spanish and British medical consultations", *Communication and Medicine*, 8(2), pp. 169-180.
- López García-Ramos, L., Martín, D.L., Jiménez, F.J.B., De Colosía Civantos, M.P. y González, M.P. (2009).** "Influencia del acompañante en la negociación y la duración de la consulta en atención primaria", *Atención primaria*, 41(3), pp. 147-151.
- Madfes, I. (2003).** "La confrontación de imágenes en una interacción asimétrica: ¿Médico y paciente: afiliación o conflicto?", en D. Bravo (Ed.) *Actas del Primer Coloquio Internacional del Programa EDICE. La*

perspectiva no etnocentrista de la cortesía: identidad sociocultural de las comunidades hispanohablantes, pp.172-185, Estocolmo: Programa EDICE.

- Murillo Medrano, J. (2005).** "Significados de la cortesía lingüística a partir de la aplicación de un test de hábitos sociales en Costa Rica", en J. Murillo Medrano (Ed.) *Actas del Segundo Coloquio del Programa EDICE* (pp. 115-136). San José / Stockholm: Universidad de Costa Rica / Programa EDICE.
- Oliveira, S. M. de y Hernández Flores, N. (2014).** *Corpus de interacción médico-paciente en Galicia*. (no publicado).
- Salvador, V., Macián, C. y Marín i Jordà, M. J. (2013).** "La construcción de las profesiones sanitarias a través de las revistas especializadas", *Discurso y Sociedad* vol. 7(1), pp. 73-96.
- Turabián, J.L., Minier-Rodríguez, L.E., Moreno-Ruiz, S., Rodríguez-Almonte, F.E. y Cucho-Jove, R. (2016).** "Types of Companion of the Patient in Family Medicine", *J Health Edu Res Dev*, 4: 186. <http://www.esciencecentral.org/journals/types-of-companion-of-the-patient-in-family-medicine-2380-5439-1000186.pdf>
- Van Dijk, T. (2006).** "Ideology and discourse analysis", *Journal of political ideologies*, 11(2), pp. 115-140.
- Waitzkin, H. (1989).** "A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters", *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 30, pp. 220-239.
- Zenger, M., Schaefer, R., van der Feltz-Cornelis, C., Brähler, E. y Häuser, W. (2014).** "Validation of the patient-doctor-relationship questionnaire (PDRQ-9) in a representative cross-sectional German population survey". *PloS one*, 9 (3), e91964.
- Zolnierek, K.B.H. y DiMatteo, M. R. (2009).** "Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis". *Medical care*, 47(8), pp. 826-834.

Nota biográfica



Nieves Hernández Flores es doctora por la universidad de Aalborg y profesora titular en el Departamento de Inglés, Lenguas Germánicas y Románicas de la Universidad de Copenhague. Ha sido parte de la mesa coordinadora del programa EDICE, sobre el discurso de la cortesía en español (2002-2018) y en la actualidad en la recién creada ASICE (Asociación Internacional de Estudios de Comunicación en Español, <http://edice.asice.se/>). Sobre el tema de la cortesía se han centrado buena parte de sus estudios, aunque también ha trabajado con análisis del discurso político, publicitario y de medios, en algunos casos en relación con el tema de la imagen social. En la actualidad desarrolla investigación en torno a la comunicación médico-paciente.

E-mail: nhf@hum.ku.dk